

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

850

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Raymonde REVALOR**

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Née le 16 mars 1930, à Salon (Bouches-du-Rhône)

*Présentée et soutenue publiquement le 8 juillet 1957*

Contribution à l'étude

**DU SYNDROME OCULO-URETRO-SYNOVIAL**

A propos d'une épidémie survenue en milieu militaire  
en Afrique du Nord

Président : M. COSTE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX. 29

1957



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Raymonde REVALOR**

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Née le 16 mars 1930, à Salon (Bouches-du-Rhône)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 8 juillet 1957*

---

Contribution à l'étude

**DU SYNDROME OCULO-URETRO-SYNOVIAL**

**A propos d'une épidémie survenue en milieu militaire  
en Afrique du Nord**

---

Président : M. COSTE, Professeur

---



PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1957



# DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq, Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN . . . . . Léon BINET  
*Membre de l'Institut*

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

### I. — PROFESSEURS

|                                                                                    | MM.                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                                 | CORDIER (G.)                                   |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                    | DELARUE (A.)                                   |
| Bactériologie . . . . .                                                            | FASQUELLE                                      |
| Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux sports                            | CHAILLEY-BERT (P.)                             |
| Biologie médicale . . . . .                                                        | FAUVERT                                        |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                                         | BERNARD (J.)                                   |
| Carcinologie . . . . .                                                             | OBERLING (C.)                                  |
| Chimie médicale . . . . .                                                          | JAYLE (M.-F.)                                  |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                                  | Hôtel-Dieu . . . . . MÉNÉGAUX (G.)             |
|                                                                                    | Broussais . . . . . DE GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
|                                                                                    | Salpêtrière . . . . . MOULONGUET               |
|                                                                                    | Cochin . . . . . QUÉNU (J.)                    |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .                        | MERLE D'AUBIGNÉ (R.)                           |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                                  | MOUQUIN (M.)                                   |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie . . . . .                          | FÈVRE (M.)                                     |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                                  | MONOD (R.)                                     |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                               | BERNARD (Et.)                                  |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                                              | PETIT-DUTAILLIS (D.)                           |
| Clinique de puériculture . . . . .                                                 | LELONG (M.)                                    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .                          | DEGOS (R.)                                     |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                                            | CHEVALLIER (P.)                                |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                                 | ALAJOUANINE (T.)                               |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                                        | CATHALA                                        |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                                       | MOLLARET (P.)                                  |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .                         | DELAY (J.)                                     |
| Clinique gynécologique . . . . .                                                   | FUNCK-BRENTANO (P.)                            |
| Cliniques médicales . . . . .                                                      | Hôtel-Dieu . . . . . BARIETY                   |
|                                                                                    | Bichat . . . . . JUSTIN-BESANÇON               |
|                                                                                    | Cochin . . . . . MOREAU (R.)                   |
|                                                                                    | Broussais . . . . . DE GENNES (L.)             |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique . . . . .                     | DEBRAY (Ch.)                                   |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                          | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)                     |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition . . . . . | BOULIN (R.)                                    |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                  | Tarnier . . . . . LANTUÉJOU (P.)               |
|                                                                                    | Baudelocque . . . . . VARANGOT                 |
|                                                                                    | Port-Royal . . . . . LACOMME (M.)              |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                                 | RENARD                                         |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                                        | AUBIN (A.)                                     |
| Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires . . . . .                       | HAMBURGER                                      |
| Clinique psychiatrique infantile . . . . .                                         | HEUYER (C.)                                    |
| Clinique rhumatologique et sociale . . . . .                                       | COSTE (F.)                                     |
| Clinique stomatologique . . . . .                                                  | DECHAUME (M.)                                  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                                      | SÉNÈQUE (J.)                                   |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                                          | LEMAIRE (A.)                                   |
| Clinique urologique . . . . .                                                      | FÉY (B.)                                       |

|                                                                                        |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Embryologie .. .. .                                                                    | GIROUD (A.)      |
| Génétique médicale .. .. .                                                             | LAMY (M.)        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .. .. .                                     | SOULIÉ           |
| Histologie .. .. .                                                                     | VERNE (J.)       |
| Hygiène et clinique de la première enfance .. .. .                                     | TURPIN           |
| Hygiène et médecine préventive .. .. .                                                 | JOANNON (C.)     |
| Médecine du Travail .. .. .                                                            | DESOILLE (H.)    |
| Médecine légale .. .. .                                                                | PIÉDELIEVRE (R.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .. .. .                                   | GALLIARD (H.)    |
| Pathologie chirurgicale .. .. .                                                        | SICARD           |
| Pathologie exotique .. .. .                                                            | LAVIER (G.)      |
| Pathologie expérimentale et comparée .. .. .                                           | LENÈGRE (J.)     |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale<br>(chaire à titre personnel) .. .. . | MERKLEN (F.-P.)  |
| Pathologie médicale .. .. .                                                            | BARIÉTY (M.)     |
| Pathologie et thérapeutiques générales .. .. .                                         | GARCIN (J.)      |
| Pédiatrie sociale .. .. .                                                              | MARIE (J.)       |
| Pharmacologie et matière médicale .. .. .                                              | HAZARD (R.)      |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) .. .. .                             | DOGNON (A.)      |
| Physiologie .. .. .                                                                    | BINET (L.)       |
| Physique médicale .. .. .                                                              | STROHL (A.)      |
| Radiologie médicale .. .. .                                                            | DESGREZ (H.)     |
| Technique chirurgicale .. .. .                                                         | PATEL (J.)       |
| Thérapeutique .. .. .                                                                  | BROUET           |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

| MM.                                      |                                                                                  | MM.                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie . . . .                         | { DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i><br>DEBEYRE (J.)<br>OLIVIER<br>CABROL             | Obstétrique . . . .                 | { MORIN (P.)<br>RAVINA (J.)<br>LELORIER<br>ROBEY                                                                                                                                                                                                             |
| Anatomie<br>pathologique . . . .         | { GAUTHIER-VILLARS<br>(Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i><br>BUSSE (F.)<br>GOUYGOU (Ch.) | Ophthalmologie . . . .              | { DESVIGNES (P.)<br>BRÉGEAT                                                                                                                                                                                                                                  |
| Bactériologie . . . .                    | { NÉVOT (A.)<br>CHRISTOL                                                         | Orthopédie . . . .                  | JUDET (R.)                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Biochimie<br>médicale . . . .            | { ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>POLONOVSKI (J.)<br>SCHAPIRA<br>DESGREZ (P.)   | Oto-rhino-<br>laryngologie . . . .  | { AUBRY (M.)<br>MADURO (M.)                                                                                                                                                                                                                                  |
| Biologie<br>médicale . . . .             | BOURLIÈRE (F.)                                                                   | Parasitologie . . . .               | { CHABAUD (A.)<br>BRUMPT (L.)<br>ABOULKER (P.)<br>BAUMANN (J.)<br>GOSSET (J.)<br>LAURENCE (G.)<br>LORTAT-JACOB (J.)<br>OLIVIER (Cl.)<br>POILLEUX (F.)<br>VERNE (J.-M.)<br>BARCAT<br>CAUCHOIX<br>DUBOST<br>FAUREL<br>FLABEAU<br>GERMAIN<br>MATHEY<br>THOMERET |
| Dermato-<br>syphiligraphie . . . .       | DUPERRAT (F.)                                                                    | Pathologie<br>chirurgicale . . . .  | {                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Embryologie . . . .                      | TUCHMANN                                                                         |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Histologie . . . .                       | { BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i><br>COUJARD                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Hydrologie . . . .                       | CORNET                                                                           |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Hygiène . . . .                          | { BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>                 |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Maladies<br>infectieuses . . . .         | BASTIN                                                                           |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Médecine légale<br>et du travail . . . . | { DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i><br>GAULTIER (M.)<br>HADENGUE (A.)<br>ALBAHARY  | Pathologie<br>expérimentale . . . . | { MAURICE<br>LOEPER (J.)<br>BERNARD (J.)<br>BOUDIN (G.)<br>CASTAIGNE (P.)<br>CONTE (M.)<br>DOMART (A.)                                                                                                                                                       |
| Neurochirurgie . . . .                   | DAVID (M.)                                                                       |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Neurologie . . . .                       | LHERMITTE                                                                        | Pathologie<br>médicale . . . .      | {                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Obstétrique . . . .                      | { GRASSET (J.)<br>LEPAGE (F.)<br>MERGER (R.)                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                   | MM.                              |                   | MM.                               |
|-------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
|                   | LAMOTTE (M.)                     |                   |                                   |
|                   | LAROCHE (Cl.)                    | Physiologie . . . | { BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                   | MILLIEZ (P.)                     |                   | { PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>   |
|                   | PÉQUIGNOT (H.)                   |                   | { DEJOURS (P.)                    |
|                   | PERRAULT (M.)                    | Physique          |                                   |
|                   | RAMBERT (P.)                     | médicale . . . .  | { DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>  |
| Pathologie        | THIEFFRY (St.)                   |                   | { GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i> |
| médicale . . . .  | TURIAF (J.)                      | Pneumo-           |                                   |
|                   | BOUVIER                          | ptisiologie . .   | KREIS (B.)                        |
|                   | BRICAIRE                         | Psychiatrie . .   | { BARUK                           |
|                   | BRISAUD                          |                   | { PICHOT                          |
|                   | DEROT                            | Psychiatrie       |                                   |
|                   | MALREZ                           | infantile . . . . | MICHAUX (Z.)                      |
|                   | ROYER                            | Rhumatologie . .  | DELBARRE                          |
|                   | WOLFROMM                         | Stomatologie . .  | { CHAPUT (Mme A.)                 |
| Pédiatrie . . . . | JOSEPH (R.)                      |                   | { CERNÉA (P.)                     |
|                   | OLONOVSKI (Cl.)                  | Thérapeutique . . | { CHASSAGNE                       |
|                   | MOZZICONACCI                     |                   | { PERRAULT                        |
| Pharmacologie . . | CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>   | Urologie . . . .  | KUSS (R.)                         |
|                   | LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> |                   |                                   |

### III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

|                                | MM. |                   | MM.                              |                 |                |
|--------------------------------|-----|-------------------|----------------------------------|-----------------|----------------|
| Clinique<br>chirurgicale . . . | {   | AMELINE (A.)      | Clinique<br>médicale . . . . }   | KOURILSKY (R.)  |                |
|                                |     | HUGUIER (J.)      |                                  |                 | } MARCHAL (G.) |
|                                |     | LÉGER (L.)        | Clinique<br>obstétricale . . . } | ESCALLE (G.)    |                |
|                                |     | PADOVANI (P.)     |                                  |                 | } MAYER (M.)   |
|                                |     | ROUX (M.)         |                                  |                 |                |
|                                |     | RUDLER (J.C.)     |                                  |                 |                |
| Clinique<br>médicale . . . . } | {   | DREYFUS (Gilbert) | Clinique<br>ophtalmologique      | OFFRET (G.)     |                |
|                                |     | HAGUENAU (M.)     | urologique . . .                 | COUVELAIRE (R.) |                |

|                                          |                       |
|------------------------------------------|-----------------------|
| Secrétaire général de la Faculté .. .. . | M. MOREL (J.)         |
| Secrétaire .. .. .                       | Mlle CHAINTREUIL (G.) |

|                                            |                                                                    |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Conservateur, chargé de la direction .. .. | M. le Docteur HAHN (A.)                                            |
| Conservateur .. .. .                       | Mlle GOICHON                                                       |
| Bibliothécaires .. .. .                    | Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),<br>LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.) |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA MARRAINE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. COSTE

Professeur de la Clinique Rhumatologique  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'Hôpital Cochin  
Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. DARBON

Professeur du Service de Santé Militaire

Médecin de l'Hôpital du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il nous a inspiré le sujet de cette thèse  
et nous a dirigé dans ce travail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression  
de notre respect et de notre reconnaissance.*



## INTRODUCTION

---

Ce travail a été rédigé à l'occasion de l'observation de 17 malades, jeunes soldats rapatriés sanitaires d'Afrique du Nord pour séquelles articulaires d'un syndrome oculo-urétro-synovial et hospitalisés dans le Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Nous avons essayé de dégager les caractères particuliers que la maladie a présentés chez ces sujets aux points de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

---



# Première partie

---

## CHAPITRE PREMIER

### RAPPELS HISTORIQUE ET CLINIQUE

---

Il sera d'abord fait un rappel des éléments cliniques qui peuvent se rencontrer dans cette triade, connue encore sous le nom de maladie de REITER ou de FIESSINGER-LEROY. Ces données ont été souvent exposées. Avant même les descriptions de 1916 de FIESSINGER et LEROY d'une part, et de REITER de l'autre, auxquelles on se réfère classiquement, HIPPOCRATE, SYDENHAM en 1672, BROUSSAIS et TROUSSEAU au XIX<sup>e</sup> siècle, entre autres, avaient déjà mentionné le rhumatisme post-dysentérique. Par la suite, les communications se succèdent, selon les cas observés, et les investigations deviennent de plus en plus poussées.

De nombreuses disciplines sont intéressées : Rhumatologie, Dermato-Vénérologie, Entérologie, Bactériologie, Epidémiologie, dont les spécialistes, tant en France qu'à l'étranger, publient au fur et à mesure qu'ils avancent les résultats de leurs travaux : COSTE, DUREL, HARKNESS, MARCHE, PARONEN, et tant d'autres...

Voici quelles sont les manifestations cliniques de ce syndrome.

L'atteinte oculaire, le plus fréquemment, est une conjonctivite, apparue un, deux ou trois jours avant ou après l'urétrite, ou en même temps, bilatérale d'emblée ou par atteinte successive, avec parfois douleur et photophobie. Les conjonctives sont rouges. Il existe une sécrétion purulente plus ou moins importante dans laquelle l'examen ne décele que la présence de germes banaux, habituels à ce niveau.

FOREST signale, après LEBRÉ, SOURDILLE, WORMS, l'existence fréquente d'un cercle périkératique. Tous les degrés d'ailleurs peuvent s'observer, depuis le simple picotement d'une paupière un peu rouge.

Une autre forme grave est possible : l'iridocyclite (COSTE, DELORE, FOREST, LEBRÉ, SOURDILLE, WORMS), soit fruste, existant fréquem-

ment avec la conjonctivite, où photophobie, douleur, larmolement traduisent l'irritation des corps ciliaires ; soit sévère, menacée à la longue de cécité.

D'autres manifestations oculaires du syndrome sont rapportées par FOREST, d'après certains auteurs, dans son étude récapitulative parue dans la *Revue du Rhumatisme* de juin 1954 : irido-choroïdite, ulcères et vascularisation profonde de la cornée, kératite, épiscélrite, ténonite. A notre connaissance, il n'a pas été signalé de glaucome jusqu'à ce jour.

La deuxième partie du syndrome oculo-urétro-synovial est l'urétrite.

Habituellement subaiguë, elle est caractérisée par une légère brûlure à la miction, un écoulement modéré, séro-muqueux, souvent réduit à une goutte matinale, parfois plus franchement purulent.

L'examen bactériologique de l'écoulement ne met en évidence aucun germe pouvant être tenu responsable de ces manifestations. Avec nos moyens actuels courants d'investigation, on ne constate que du mucus, des leucocytes plus ou moins altérés, et des germes banaux : c'est la classique urétrite non gonococcique.

Outre cette atteinte purement urétrale, prostate, vésicules séminales, épидидymes, testicules, sont quelquefois le siège de réactions inflammatoires. MARCHE et JORN POIRA signalent des cystites et des hématuries. Les pyélo-néphrites ne seraient pas exceptionnelles (MARCHE).

L'atteinte synoviale est la troisième partie du syndrome dit de FIESSINGER et LEROY. C'est elle qui est la plus tenace, dans bien des cas, et qui hypothèque l'avenir du malade.

En général, elle succède aux deux premières. Tous les degrés sont possibles : simples algies articulaires sans signes cliniques évidents, arthrite isolée, ou polyarthrite aiguë, fébrile, très douloureuse, entraînant une impotence fonctionnelle complète. Ce sont les grosses articulations qui sont atteintes le plus souvent, mais toutes peuvent réagir. L'article présente tous les signes de l'inflammation : chaud, rouge, augmenté de volume, il est le siège d'un épanchement que l'on peut confirmer par la ponction qui retire un liquide clair ou louche. Ce liquide est inflammatoire, riche en albumine (40 à 45 grammes par litre) avec une leucocytose avec polynucléose, puis avec lymphocytose au bout d'une semaine, évolution parallèle à celle des infiltrats des synoviales que l'on a étudiées après biopsie. On n'y décèle pas de germe.

A la différence du rhumatisme articulaire aigu, l'atteinte de la jointure est stable. Les tendons s'insérant à l'entour de l'articulation

sont douloureux, une amyotrophie plus ou moins importante s'installe rapidement au niveau des muscles sus-jacents.

Au point de vue radiologique, de nombreux auteurs signalent l'ostéoporose ; quelques-uns ont noté des lésions de rhumatisme inflammatoire, mais, le plus fréquemment, il n'y a pas de signes nets.

Outre ces trois symptômes, il est une quatrième circonstance au moins aussi importante, en ce sens que le syndrome oculo-urétro-synovial est décrit, le plus souvent, comme consécutif à un épisode dysentérique. En 1948, sur 344 cas survenus en Finlande, PARONEN dit n'avoir observé que 8 cas d'où cet épisode était absent. En 1940, GOUNELLE et MARCHE décrivent 47 cas postérieurs à une dysenterie bacillaire ; FIESSENGER et LEROY, en 1916, ont rédigé leur communication dans les mêmes circonstances.

Quels aspects cliniques, quelles étiologies trouve-t-on à cette manifestation intestinale ?

Tantôt forme franche : fièvre, dix-quinze selles par jour, liquides ou glairo-sanglantes, avec épreintes et ténésme ; tantôt fruste, simple diarrhée passagère ; tantôt cholériforme. Et parfois on ne la retrouve pas dans les formes à début urétral, blennorragique, ou conjonctival (DUREL, HARKNESS, MARCHE).

Du point étiologique, il sera parlé plus loin.

Des manifestations plus rares, évoluant en même temps que le syndrome dont il est question dans ce travail, ont été mentionnées.

Des atteintes cutanées s'observent : vésiculo-ulcéreuses péri-orificielles, croûteuses. Il a été décrit des cônes cornés, des hyperkératoses palmo-plantaires, des manifestations de type urticarien, des érythèmes polymorphes et nouveaux.

Mais ce sont les lésions muqueuses qui ont le plus souvent attiré l'attention : vésicules buccales, stomatite et, au niveau des muqueuses génitales, pseudo-herpès et balanite érosive circinée.

En 1940, GOUNELLE et MARCHE ont décrit trois cas de parotidite bilatérale sans suppuration, contemporaines d'arthralgies post-dysentériques.

A l'étranger, de rares cas d'atteinte cardiaque ont été signalés : perturbations électro-cardiographiques (FINEGOLD et HALL), endocardites rapportées par TRAUT mais qui, d'après FOREST, seraient sans rapport net avec le syndrome.

THIERS et PINET ont observé un syndrome oculo-urétro-synovial évoluant en même temps qu'une pneumonie atypique à virus. BOUREL écrit que des images d'infiltrats pulmonaires peuvent se voir radiologiquement, et que certains auteurs ont observé une réaction pleurale.

En 1950, LAFON et CUILLERET rapportent avoir observé une hémoptysie chez un de leurs malades.

HALL et FINEGOLD disent avoir rencontré chez 4 malades sur 23 une augmentation du volume de la rate et des ganglions ; d'autres signalent une hépatomégalie avec perturbation des tests de floculation sérique.

L'état général est variable selon les malades, mais son altération est toujours notable : amaigrissement fréquent, température sub-fébrile ou à 39-40°, simple pâleur ou facies infecté, sueurs plus ou moins abondantes, courbatures, céphalées. Le tableau évoque parfois la septicémie ; anorexie, nausées ou vomissements peuvent se voir.

Une réaction constante mise en évidence par les examens biologiques est l'augmentation de la vitesse de sédimentation, qui suit fidèlement l'évolution articulaire du syndrome. Les numérations et formules sanguines montrent une anémie discrète, une polynucléose modérée où une éosinophilie est assez fréquemment remarquée par certains. L'hémoculture est négative. Quelques auteurs ont noté une augmentation de la fibrinémie. On ne peut tirer de conclusion spéciale d'une albuminurie transitoire.

---

## CHAPITRE II

### CARACTÈRES D'APPARITION ET D'ÉVOLUTIVITÉ

---

Le syndrome dit de FIESSINGER-LEROY-REITER est une maladie estivale qui s'observe dans des conditions de promiscuité, de manque d'hygiène, de surmenage, conditions réalisées dans les camps de prisonniers, de concentration, les armées en campagne.

On la dit particulièrement fréquente en Afrique du Nord, au Proche-Orient. Mais on l'a vue en Finlande, en Allemagne et en Autriche, chez les prisonniers et déportés, où les conditions citées plus haut étaient parfaitement réalisées et propices aux accidents diarrhéiques. Mais il ne faut pas oublier les 20 % de syndromes oculo-urétro-synoviaux chez lesquels, d'après MARCHE, on ne retrouve pas de cõlrite ; ceux, par exemple, qui ont été décrits comme consécutifs à des blennorragies gonococciques authentiques. MARCHE en cite d'autres qui ont succédé à une streptococcie, une sérothérapie antidiphthérique, une primo-infection tuberculeuse, à une pleurésie. Le syndrome n'apparaît primitif que dans bien peu de cas, et là, les uns mettent en cause la conjonctivite dite des piscines ; les autres, après enquête et avec des arguments bactériologiques, prouvent l'origine vénérienne de l'urétrite (HARKNESS, DUREL).

Un autre caractère de cette maladie à épidémiologie si complexe est de toucher électivement le sexe masculin : 9 fois sur 10. Chez la femme, on trouverait, lorsqu'elle est atteinte, une cervicite, une urétrite avec cystite. Des cas de syndrome oculo-urétro-synoviaux survenus chez des enfants ont été cités.

L'évolution des éléments de ce syndrome est imprévisible. Chronologiquement, c'est l'épisode intestinal qui débute, suivi après un temps variable — deux à quinze jours — des urétrite et conjonctivite. Les manifestations articulaires sont en général les dernières, survenant peu de jours après les deux autres. Ces trois atteintes peuvent être contemporaines. Par la suite, dans les cas les plus favorables,

tous les symptômes disparaissent en quelques semaines ou mois ; urétrite et conjonctivite assez rapidement. Mais des rechutes des trois éléments sont possibles suivant toutes les modalités : soit un seul, isolé, plus grave ou bénin, soit associé à un ou deux autres. Ce sont les arthrites qui ont le plus mauvais pronostic ; certes, elles guérissent peut-être en majorité sans séquelles motrices ; mais elles peuvent aboutir aussi à plus ou moins longue échéance à une polyarthrite chronique évolutive, à une spondylarthrite caractérisées, dont on sait le retentissement sur la vie, autant matérielle que morale, des malades. Il suffit de parcourir les conclusions des congrès de rhumatologues, d'écouter les réflexions des médecins des services spécialisés pour apprécier l'ampleur et l'acuité du problème.

Pour le syndrome oculo-uréthro-synovial en lui-même, quand l'évolution se prolonge, l'immobilité et l'anorexie aidant, l'amyotrophie s'accroît ; des attitudes vicieuses se produisent, fâcheuses pour la rééducation. La convalescence est généralement longue.

---

### CHAPITRE III

## THÉRAPEUTIQUE

---

La thérapeutique est aussi complexe qu'est le syndrome lui-même, et il est classique de dire que la multiplicité des traitements opposés à une maladie est le signe de leur peu d'efficacité.

Qu'est-on en droit, actuellement, de lui demander ? D'abord de prévenir le syndrome en traitant les diarrhées dites « portes d'entrée ». Ensuite, sinon de le guérir, puisqu'on dit qu'il évolue le plus souvent vers la résolution spontanée, mais de l'écourter pour éviter une fonte musculaire importante qui gênera la récupération ; surtout, il faut enrayer l'évolution vers le rhumatisme chronique et, lorsque celui-ci est installé, le traiter comme tel.

Le traitement de la diarrhée est à la fois symptomatique et étiologique. Soulignons dès à présent la difficulté que l'on rencontre dans les circonstances où les épidémies de syndrome dit de FIESSENGER-LEROY-REITER se déclarent — armées en campagne en l'occurrence — de faire les examens de selles nécessaires, les réactions sérologiques éventuellement souhaitables. En outre, il est impossible de prévoir quels sont, parmi les malades actuellement atteints de diarrhée, ceux qui présenteront dans quelques jours un syndrome oculo-uréthro-synovial. FIESSENGER et LEROY, dans leur communication sur l'épidémie qu'ils ont observée, donnent le rapport de 10 %. Aussi, le plus souvent, le soldat va à l'infirmerie (quand il n'est pas en opérations) ; il y est traité à titre externe avec de l'élixir parégorique, du bismuth, 8 à 10 grammes de sulfamidoguanidine par jour pendant trois ou quatre jours. La diarrhée s'arrête rapidement, mais l'urétrite apparaît huit à dix jours après. Quelquefois, la diarrhée, fugace, n'est pas traitée.

Une fois le syndrome déclaré, l'antibiothérapie se propose de lutter contre l'agent infectieux éventuel de la maladie ; on emploie

les tétracyclines qui ont une action sur certains virus ; le chloramphénicol, les sulfamides, contre les agents microbiens à action intestinale.

En général, l'atteinte articulaire ne cède pas au salicylate de sodium, à l'acide acétyl-salicylique qui n'aurait qu'une action antalgique. La phénylbutazone est décevante d'après les uns, aurait quelques résultats d'après d'autres. Seules, cortisone, delta-cortisone font régresser les signes articulaires, améliorent nettement les douleurs, permettant ainsi la mobilisation, font baisser la vitesse de sédimentation. Cette thérapeutique est poursuivie jusqu'à trente et quarante-cinq jours. C'est la delta-cortisone qui nous a semblé donner les meilleurs résultats : 30, 40, 50 mg de métacortandracine par jour selon les individus, baissés ensuite à la dose minimum active d'entretien.

Des injections intra-articulaires d'hydrocortisone améliorent l'état local, à trois, quatre jours d'intervalle par exemple.

On peut être amené à traiter particulièrement une conjonctivite importante et rebelle à la thérapeutique générale : collyres à la chlortétracycline, à l'hydrocortisone donnent de bons résultats.

De même, une balanite érosive réagit bien à l'application de pommade à la chlortétracycline, après des bains à 1/10.000<sup>e</sup> de permanganate de potassium.

Dans les cas rebelles, certains auteurs comme THIERS ont pratiqué la pyrétothérapie avec quelque succès.

Le repos et l'immobilisation sont nécessaires au début ; mais, dès que le traitement anti-inflammatoire aura fait son effet — et c'est un de ses avantages de le permettre — il faudra commencer les contractions musculaires volontaires statiques, faire des massages au niveau des muscles atrophiés, entreprendre la physiothérapie. On luttera contre la prise d'attitudes vicieuses facilitées par l'hypotonie et l'immobilité prolongées : équinisme des pieds, par exemple ; on hâtera ainsi la récupération motrice.

A titre anti-inflammatoire, nous avons essayé les rayons X, en séries de cinq séances d'irradiation locale, à raison de 100 R par séance tri-hebdomadaire.

Cependant, il est des cas où les poussées reprennent dès qu'on essaie de diminuer la posologie hormonale. La vitesse de sédimentation, la courbe de température parfois remontent ; les douleurs articulaires réapparaissent. L'état général s'altère, et cependant on ne peut continuer indéfiniment l'administration des corticoïdes à fortes doses. A la fin d'un traitement si longtemps poursuivi, on voit apparaître de l'acné, des signes d'hypercorticisme, une glycosurie. Nous

pensons qu'il faut, dans ces cas, se considérer comme devant une polyarthrite chronique évolutive au début. Chez deux de nos malades, nous avons employé les sels d'or et essayé la nivaquine ; ces deux malades ont quitté le service améliorés. Il est évident que dans ces cas, on doit faire un pronostic réservé.

Nous voyons que ce sont les médicaments anti-inflammatoires qui donnent les meilleurs résultats ; ainsi que l'ont fait remarquer de nombreux auteurs, c'est là un argument de poids pour apparenter cette affection au groupe des collagénoses.

---



# Deuxième partie

---

## CHAPITRE PREMIER

### GÉNÉRALITÉS

---

Quelques remarques seront faites avant la présentation des malades que nous avons suivis.

Ce sont de jeunes soldats rapatriés sanitaires d'Afrique du Nord. Tous, sauf un, ont passé le stade aigu lorsqu'ils arrivent dans le service. C'est en somme un bilan que nous faisons au moment où, passée la phase aiguë du syndrome, peut se dessiner une évolution vers la polyarthrite évolutive chronique.

Il est évident qu'il nous manque de cette histoire, pour une étude scientifique complète, le début et la fin.

Le début... En effet, au moment où nous les avons effectués, tous nos prélèvements pour examen des cellules de l'épithélium urétral se sont révélés négatifs. Il est vrai que cette recherche est longue, que les cellules avec inclusions sont rares... Mais ne peut-on pas dire aussi que le temps et le traitement les ont fait disparaître, nous privant ainsi d'un élément de valeur.

Nous avons été frappé par l'amyotrophie intense survenue chez nombre de nos malades. Nous aurions voulu savoir dans quels délais elle s'est manifestée, si elle est simplement consécutive à l'immobilisation, ou si elle est due à une modification du muscle lui-même, à un trouble de sa vascularisation, de son innervation ? Si ces éléments ont existé, ils avaient disparu lors de notre examen.

La fin de l'histoire... L'avenir articulaire de deux malades nous paraît chargé d'un lourd handicap. Peut-être, celui de certains de leurs camarades l'est-il aussi ? Si une polyarthrite chronique évolue par la suite, c'est un confrère qui, lorsqu'ils auront quarante ans, découvrira peut-être des cellules à inclusions au niveau de leur urètre.

Tout traitement est interrompu le 5 octobre. La *vitesse de sédimentation*, de 45 mm à la première heure le 25 juillet, est devenue normale. Cliniquement, il persiste des douleurs au niveau du genou et du cou de pied droits; au cœur, le dédoublement du deuxième bruit au foyer pulmonaire.

12 novembre : arrivée au Val-de-Grâce.

Localement, il existe une *amyotrophie* modérée au niveau de la cuisse droite. Il n'y a plus de douleur. On retrouve, sans autre signe, le dédoublement du deuxième bruit du cœur au foyer pulmonaire.

Bil... nous dit qu'il aurait eu des myalgies au niveau de sa cuisse droite.

Il ne peut nous donner de renseignement précis sur les délais d'apparition de l'*amyotrophie*.

De nombreux camarades ont eu la diarrhée en même temps que lui; il est le seul parmi eux à avoir présenté un syndrome oculo-uréthro-synovial.

Il ne s'est pas baigné.

Les derniers rapports sexuels remontent à cinq mois avant la maladie.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Effectués dans notre service.

- Vitesse de sédimentation, électro-cardiogramme, fibrinémie, radioscopie thoracique sont normaux.
- *Séro-diagnostics* : *Flexner* 1/100°; *Shiga* 1/100°.
- Les numération et formule sanguines signalent : 13.200 G.B. avec une *lymphocytose* à 42 %.
- L'électrophorèse sérique indique : légère hyperglobulinémie  $\beta$ ; légère hypoglobulinémie  $\alpha_2$  et  $\gamma$ .

29 novembre :

Bil... quitte notre service sans séquelle motrice.

L'évolution du syndrome oculo-uréthro-synovial de ce malade a été relativement simple. Le dédoublement du deuxième bruit du cœur au foyer pulmonaire ne nous semble pas en rapport net avec l'évolution de la maladie.

## OBSERVATION N° 2

Blo... Serge, vingt et un ans et demi.

## ANTÉCÉDENTS

Rien d'autre à signaler qu'une otite chronique droite.

## ANAMNÈSE

Les derniers rapports sexuels remontent à un an et demi.

Le malade dit s'être fréquemment baigné dans un lac de barrage. Il y avait de nombreux cas de diarrhée parmi ses camarades et quelques cas d'ictère infectieux.

Durant les premiers jours de juillet 1956, Blo... avait présenté une diarrhée pendant trois ou quatre jours, à laquelle il n'attacha pas d'importance.

12 août : apparaît une *conjonctivite bilatérale* que l'on traite par des instillations (?) et qui cède en trois jours.

13 août : des *manifestations arthritiques* surviennent au niveau de la hanche et du genou gauches.

15 août : atteinte de la cheville droite et du poignet gauche.

17 août : des douleurs apparaissent au niveau de la nuque.

22 août : survient une *urétrite* avec brûlures à la miction et écoulement blanchâtre.

Il entre à l'hôpital de Batna, où l'on note :

- température 38°7, sueurs ;
- absence d'angine, de splénomégalie ;
- œdème douloureux de la cheville droite et du poignet gauche ;
- hydarthrose du genou gauche ;
- des algies cervicales ;
- impotence complète ;
- une *balanite* suintante ;
- vitesse de sédimentation : 100 mm à la première heure.

## TRAITEMENT

Cortisone pendant vingt-six jours, du 22 août au 19 septembre, en commençant par 250 mg par jour pour arriver à 75 mg.

Phénylbutazone du 1<sup>er</sup> au 7 septembre, en doses alternées de 0,6 et 0,9 g par jour ; avec effet, semble-t-il, puisque la courbe de température perd son allure oscillante et la vitesse de sédimentation remonte légèrement après son arrêt, malgré la cortisone.

Pénicilline du 22 août au 3 septembre.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Pratiqués à Batna, ils montrent :

- une leucocytose à 19.400 G.B. avec 80 % de polynucléaires neutrophiles ;
- une fibrinémie normale.

Malgré le traitement, la vitesse de sédimentation est encore à 62 mm à la première heure le 17 septembre.

20 septembre : Arrivée dans notre service :

- température assez instable ;
- douleur aux mouvements extrêmes du poignet gauche, à la pression des apophyses C2 et C3 ;

- augmentation de 1 cm de la circonférence du genou gauche ;
- hypotrophie des muscles de la cuisse gauche.

Blo... reçoit 3 g de *spiramycine* par jour pendant dix jours.

A partir du 26 septembre, devant la persistance de l'état subfébrile, il est prescrit de la *delta-cortisone* : 40 mg, puis 30, puis 20 par jour pendant quinze jours, avec deux jours d'A.C.T.H. avant l'arrêt.

*Massage et diathermie* à partir du 29 septembre.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Pratiqués dans notre service :

- fibrinémie et radiographies osseuses : normales ;
- la vitesse de sédimentation, de 47 mm à la première heure le 21 septembre, baisse à 8 le 10 octobre ;
- les numération et formule sanguines indiquent : 12.200 G.B. avec une *lymphocytose* à 62 % ;
- séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0 ;
- le test de déviation du complément aux virus *ornithose-psittacose* est négatif.

26 octobre :

Le malade part en convalescence, ne présentant plus que quelques douleurs cervicales.

## OBSERVATION N° 3

Cad... Yves, vingt-quatre ans.

## ANTÉCÉDENTS

Il aurait eu du rhumatisme à quinze ans ; a eu deux angines en 1953 et 1954.

## ANAMNÈSE

Au début d'août 1956, il a de la *diarrhée* pendant trois jours ; traitement ? ; nombreux cas parmi ses camarades.

Huit jours après, il ressent des *brûlures à la miction* ; un écoulement urétral existe pendant trois jours. Pas de rapports sexuels récents. Cad... est traité pour cystite et reçoit des *sulfamides*.

En même temps, des *arthralgies* surviennent : épaule, genou, coude gauches.

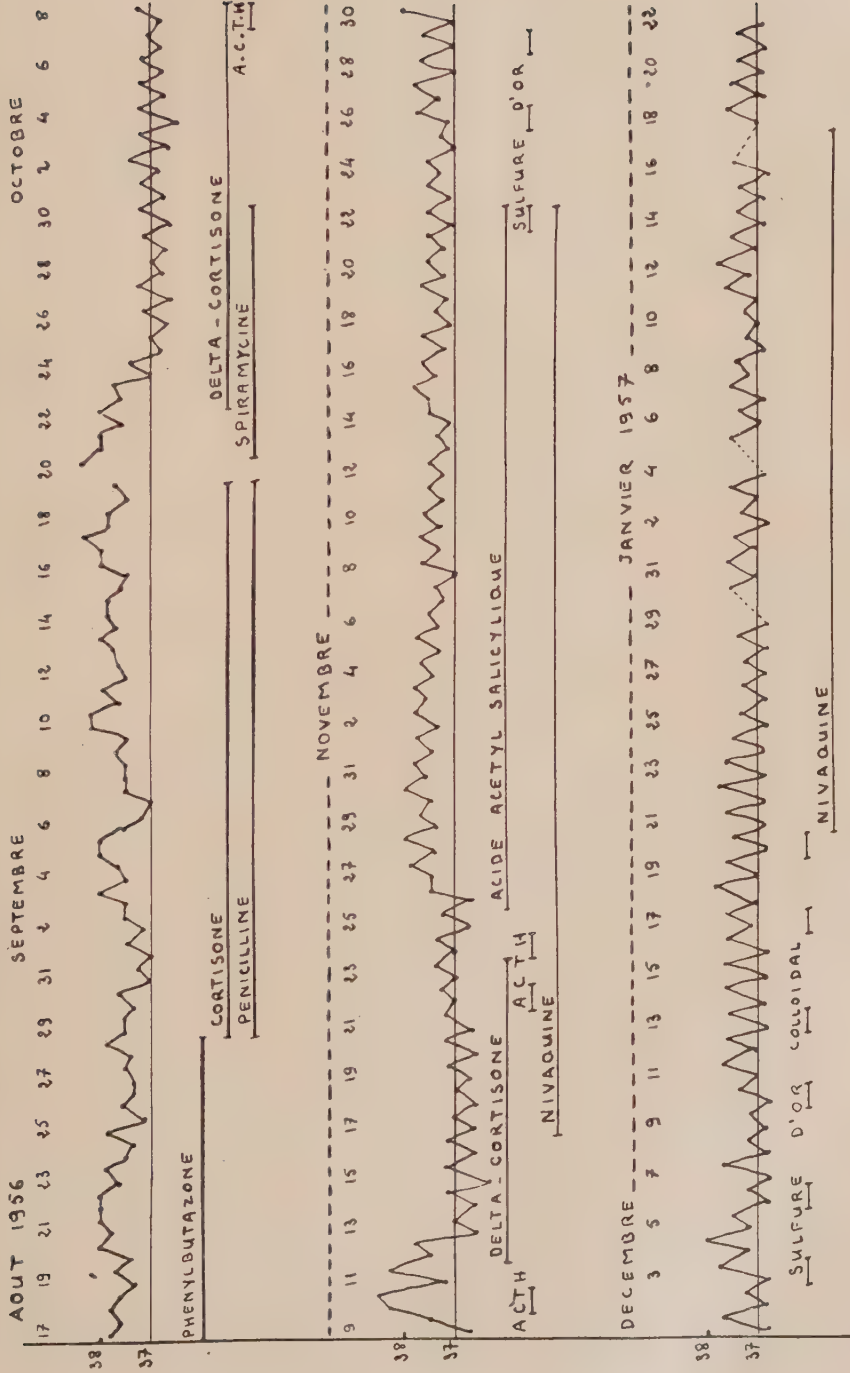
Il n'y a pas eu de conjonctivite.

16 août : il entre à l'hôpital de Constantine ; température : 37°8.

Les articulations sont en position de relâchement maximum, douloureuses au moindre mouvement, augmentées de volume ; ce sont : les deux coudes, le poignet droit, le genou gauche où l'on ne décèle pas d'épanchement.

Cad... reçoit, du 17 au 28 août, 600 mg par jour de *phénylbutazone* sans grand résultat.

CAD... Yves n°3



OBSERVATION N° 3

Du 29 août au 19 septembre, il est mis à la *cortisone*, 300 mg par jour au début, 100 mg à la fin, avec chlorure de potassium associé.

Les numérations et formules sanguines ont montré :

- d'abord 11.400 G.B. avec 75 % de polynucléaires neutrophiles ;
- puis 10.500 G.B. avec une *lymphocytose* à 41 %.

Le 20 septembre, Cad... rapatrié en France n'est pas amélioré ; il est toujours sub-fébrile, souffre de ses articulations, présente un état général médiocre.

Il signale des arthralgies au niveau :

- du coude, du poignet, du talon à droite ;
- du genou, de la cheville, du premier orteil à gauche.

Il existe :

- une diminution de l'amplitude articulaire du coude et du poignet droits ;
- une atrophie très nette des muscles de l'avant-bras droit, du quadriceps gauche (— 3 cm à la cuisse gauche) ;
- une infiltration du genou et de la cheville gauches.

Le talon droit est globuleux.

La marche est possible, mais douloureuse.

## TRAITEMENT

(Voir l'ensemble sur la feuille de température.)

*Spiramycine*, 3 g par jour, du 21 au 30 septembre.

*Delta-cortisone*, 50 mg abaissés ensuite à 30 mg par jour, du 23 septembre au 8 octobre.

A l'arrêt de cette thérapeutique, les signes inflammatoires reprennent malgré l'A.C.T.H. On la reprend aux mêmes doses du 12 au 23 octobre.

L'apparition d'un acné nous la fait interrompre.

*Nivaquine* : 0,30 g par jour du 17 octobre au 22 novembre ; *acide acétylsalicylique*, 3 g par jour, du 26 octobre au 27 novembre.

Les résultats de cette thérapeutique ne sont pas nets.

On entreprend la *chrysothérapie* qui a un effet notable : 9 injections I.M. de sulfure d'or colloïdal du 22 novembre au 20 décembre.

*Nivaquine* aux mêmes doses que plus haut, du 21 décembre 1956 au 22 janvier 1957.

Médication adjuvante :

- *acide ascorbique*, *sels de calcium*, *vitamine D*, *protoxalate de fer* ;
- *physiothérapie* : diathermie, ondes courtes.

Il a été pratiqué, à titre anti-inflammatoire, 2 séries de 5 séances de *rayons X* à 100 R par séance (3 séances par semaine).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Fibrinémie et liquide céphalo-rachidien : normaux.

*Vitesse de sédimentation* : normale au cours de l'administration des hormones corticoïdes, elle s'élève après son arrêt.

*Nivaquine* et *acide acétyl-salicylique* n'ont aucune action et elle se maintient aux environs de 50 mm (première heure); au cours de la *chrysothérapie*, elle fait un clocher à 180 mm, puis descend régulièrement vers la normale et s'y maintient.

*Numérations et formules sanguines* ont montré :

— le 26 novembre, une leucocytose à 11.800 G.B. et formule normale ;

— le 21 décembre, une légère anémie à 3.856.000 G.R. ;

— le 28 décembre, une numération normale, une lymphocytose à 34 %.

*L'électrophorèse du sérum* sur papier révèle une hyper-globulinémie  $\alpha_2$  et  $\beta$ .

*Pas d'inclusion* dans les cellules urétrales.

Séro-diagnostic : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

*Déviatiou du complément* : ornithose, psittacose : 0.

La *biopsie musculaire* effectuée au niveau du quadriceps gauche n'a rien montré de notable.

22 janvier 1957 :

Le malade quitte l'hôpital très amélioré ; il ne souffre plus ; l'amyotrophie est encore nette.

Chez ce malade, l'évolution a été prolongée.

La *chrysothérapie* a donné de bons résultats.

## OBSERVATION N° 4

*Cha... Henri*, vingt-quatre ans.

### ANTÉCÉDENTS

A déjà été traité dans le civil pour une dystonie neuro-végétative à retentissement cardiaque.

### ANAMNÈSE

16 juin 1956 : entre à l'hôpital pour dystonie neuro-végétative ; il présente des palpitations, une instabilité du rythme cardiaque depuis des années.

On trouve un pouls à 100, une tension artérielle à 18-10, un souffle systolique de pointe, un claquement du deuxième bruit à la base.

L'électro-cardiogramme montre une inversion de T en VL, un espace PR allongé à la limite de la normale.

L'examen est négatif par ailleurs.

C'est au cours de son hospitalisation que s'installe, le 20 juin, une *diarrhée* qui dure une semaine : 6 selles par jour, liquides.

26 juin : une *arthrite* du poignet gauche apparaît ; compte tenu des signes cardiaques, on met le malade au *salicylate de sodium* sans résultat ; la vitesse de sédimentation est à 18-39.

28 juin : une *urétrite* apparaît ; le malade signale des douleurs au niveau de la région lombaire, des deux genoux, un torticolis. Température : 39° ; l'état général est atteint.

On fait le diagnostic de syndrome oculo-uréthro-synovial.

## TRAITEMENT

*Cortisone* et *oxytétracycline* (doses ?) du 28 juin au 11 juillet, thérapeutique qui n'a de résultat que sur la température.

On remplace ces deux médicaments par :

*Delta-cortisone* et *chlortétracycline* (doses ?) jusqu'au 14 août. Une injection locale d'hydrocortisone est effectuée au niveau du poignet gauche.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Vitesse de sédimentation accélérée.
- Radiographie du poignet atteint : normale.
- Coprocultures : négatives.

17 août : Arrivée dans notre service.

On ne relève, du point de vue cardio-vasculaire, qu'une tension artérielle variable, passant de 18-10 à 13-8 en une heure.

Localement : un poignet gauche douloureux, bloqué, dont la flexion-extension n'est que de 15 à 20 degrés. Sa circonférence est supérieure de 1 cm à celle du poignet droit.

L'amyotrophie du bras et de l'avant-bras gauches est importante (— 2 cm), la force musculaire très diminuée.

On note aussi une douleur et une infiltration modérées au niveau du genou gauche.

## TRAITEMENT

*Spiramycine*, 3 g par jour, du 19 août au 7 septembre.

*Delta-cortisone*, 40 puis 30 mg par jour du 19 août au 7 septembre. Malgré l'A.C.T.H., on est obligé de la reprendre du 10 au 25 septembre à cause de la reprise des douleurs.

On enchaîne avec la *phénylbutazone* (0,5 g par jour) du 28 septembre au 8 octobre sans résultat sur les algies.

*Acide acétyl-salicylique*, 2 g par jour, du 1<sup>er</sup> au 27 septembre.

*Nivaquine*, 0,30 g par jour du 15 octobre au 23 novembre.

*Physiothérapie* : ondes courtes et infra-rouges alternées.

Trois injections locales d'hydrocortisone au niveau du poignet gauche.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La vitesse de sédimentation, de 40 mm à la première heure, le 18 août, descend sous l'influence de l'hormonothérapie, remonte à l'arrêt, puis redevient normale.

Electrophorèse sérique : très légère hypoglobulinémie  $\gamma$ .

Fibrinémie normale.

Numérations et formules sanguines :

— le 23 août : 9.800 G.B. avec 71 % de polynucléaires neutrophiles ;

— le 7 octobre : numération normale avec 33 % de lymphocytes.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Test de déviation du complément : *ornithose-psittacose* 0.

*Pas d'inclusion* dans les cellules urétrales.

Radiographies du poignet gauche : légère décalcification au niveau de la styloïde radiale.

23 novembre :

Cha... quitte l'hôpital, ne conservant qu'une discrète amyotrophie résiduelle.

## OBSERVATION N° 5

Coa... Guy, vingt-quatre ans.

### ANTÉCÉDENTS

Rien de notable.

### ANAMNÈSE

Début juillet 1956, survient un épisode *diarrhéique* suivi d'une *conjonctivite*.

Le 14 juillet, le genou droit devient douloureux, augmente de volume.

Le 17 juillet, Coa... est hospitalisé et on note :

— température 38°9, sueurs abondantes ;

— hydarthrose du genou droit qui est le siège de signes inflammatoires importants ;

— une vitesse de sédimentation augmentée.

Puis, c'est le genou gauche qui devient douloureux et grossit.

Il n'y a pas eu de baignade ni de rapport sexuel récents.

### TRAITEMENT

— A Mascara :

*Delta-cortisone*, 30 mg par jour, du 17 juillet au 9 août.

*Oxytétracycline* et *Streptomycine* (1,5 g par jour) durant les mêmes délais.

— A Oran :

*Pénicilline*, 1.000.000 U par jour du 13 août au 1<sup>er</sup> septembre.

*Cortisone*, 150 mg baissés progressivement à 50 par jour, du 13 au 29 août.

Relance à l'A.C.T.H.

*Physiothérapie*.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Fibrinémie, radiographie des deux genoux : normales.

La vitesse de sédimentation, de 33 mm à la première heure, redevient progressivement normale.

14 septembre : Arrivée au Val-de-Grâce :

— on relève une amyotrophie de — 2 cm au niveau de la cuisse droite :

— une hydarthrose légère au niveau du genou gauche.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation, fibrinémie, numération et formule sanguines : normales.

25 septembre :

Coa... part en convalescence.

## OBSERVATION N° 6

Dec... Michel, vingt-quatre ans.

## ANTÉCÉDENTS

Rien de notable à signaler.

## ANAMNÈSE

23 août : vers cette date survient un *épisode diarrhéique* qui dure dix jours : 4 à 5 selles liquides par jour ; traitement ?

28 août : apparaissent des *brûlures à la miction* et un écoulement urétral purulent ; pas de rapport sexuel depuis deux mois ; l'écoulement persiste quatre jours.

1<sup>er</sup> septembre : une *arthralgie* du genou gauche se manifeste, avec une conjonctivite bilatérale prédominant à gauche.

5 septembre : entrée à l'hôpital Maillot à Alger.

Température : 38°4.

Vitesse de sédimentation à 67-85.

Le malade est mis à la *pénicilline* 1.000.000 U par jour et à 40 mg de *delta-cortisone* par jour jusqu'au 19 septembre.

La température revient rapidement à la normale.

La vitesse de sédimentation est à 11-22 lors du rapatriement.

La numération globulaire montre une leucocytose à 10.600.

La formule sanguine est normale.

Electro-cardiogramme normal.

Une radiographie de la région lombaire montre une arthrose discrète de la sacro-iliaque.

Une albuminurie passagère a existé, avec des leucocytes et globules rouges nombreux dans le sédiment urinaire.

21 septembre : Arrivée au Val-de-Grâce.

L'examen clinique met en évidence :

— l'apyrexie ;

— un léger épanchement intra-articulaire au niveau du genou gauche, douloureux, dont la circonférence mesure 1,5 cm de plus qu'à droite.

Réflexes normaux.

Le malade est mis à 3 g de *spiramycine* par jour, pendant dix jours. Pendant ce traitement, il fait une poussée arthritique au niveau du genou gauche, avec température à 37°8, leucocytose à 17.400, et formule normale.

La vitesse de sédimentation fait un clocher à 31-56 mm.

Fibrinémie normale.

Du 26 septembre au 8 octobre, on prescrit 50 mg par jour de *delta-cortisone*, que l'on réduit ensuite à 30 mg. Tout rentre dans l'ordre.

Séro-diagnostic : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Test de déviation du complément *ornithose-psittacose* : 0.

19 octobre 1956 :

A sa sortie, le malade paraît guéri.

Il est à noter qu'un court épisode néphritique a existé chez ce malade.

## OBSERVATION N° 7

Des... Jacques, vingt-deux ans.

### ANTÉCÉDENTS

Ulcère cornéen vers quatorze ans.

### ANAMNÈSE

Fin juin ou début juillet 1956, Des... présente une *diarrhée* pendant trois ou quatre jours, à laquelle il n'attache pas d'importance.

21 juillet : dans la nuit, il ressent une *douleur* au niveau de la cuisse gauche. Le matin, il remplit ses obligations en boitant, mais à midi ne peut descendre de voiture, tant la douleur est violente. Il est hospitalisé.

On note à ce moment :

— température : 38°8 ;

— une douleur violente à la mobilisation de la hanche droite qui est chaude.

Rechute de la diarrhée pendant deux - trois jours, tandis que des algies apparaissent du côté gauche, au niveau de la hanche, du poignet, de la cheville.

24 juillet : *conjonctivite* et *urétrite* qui durent trois jours et complètent le tableau.

Il aurait présenté des fourmillements dans les membres, de topographie non systématisée ; des douleurs musculaires au niveau de la cuisse et du mollet gauches.

Il n'a pas remarqué le degré de rapidité d'installation de l'amyotrophie.

Il s'est baigné en piscine huit jours avant le début de sa maladie.

Les derniers rapports sexuels remontent à un an.

Dans son unité, il y a eu de nombreux cas de diarrhée ; il est le seul à avoir eu des douleurs articulaires.

## TRAITEMENT

*Antibiotiques (?)*, *phénylbutazone*, *hormonothérapie corticoïde (?)*.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Hémoculture : négative.

Coproculture : germes banaux.

Pas de gonocoque dans l'écoulement urétral.

Electro-cardiogramme : normal.

Les radiographies signalent des lésions d'ostéoporose.

La vitesse de sédimentation, à 77 mm (première heure), le 22 juillet, est toujours élevée lors de son rapatriement.

19 novembre : Arrivée dans notre service. On note :

- un bon état général ;
- localement, douleur à l'effort au niveau de la hanche, du poignet et de la cheville gauches ;
- une amyotrophie de — 1 cm au niveau de la cuisse gauche ;
- une hypotonie des muscles du membre supérieur gauche.

## TRAITEMENT

*Nivaquine*, 0,30 g par jour, du 13 novembre au 19 décembre.

*Spiramycine*, 3 g par jour, du 16 au 30 novembre.

*Delta-cortisone*, 50 mg puis 20 mg par jour, du 16 au 30 novembre.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Fibrinémie et liquide céphalo-rachidien sont normaux.

Electrophorèse sérique : légère hypoglobulinémie  $\alpha_2$ .

Vitesse de sédimentation : elle diminue régulièrement de 79 mm le 14 novembre, à 3 mm le 5 décembre (première heure).

Numération et formule sanguines indiquent, le 13 novembre : 16.400 G.B. avec formule blanche normale.

Radiographie des hanches : normale.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

19 décembre 1956 :

Le malade sort de l'hôpital, ne présentant plus que quelques douleurs épisodiques et une discrète amyotrophie au niveau de la cuisse gauche.

## OBSERVATION N° 8

Dum... Philippe, vingt-deux ans.

### ANTÉCÉDENTS

Albuminurie. — Mai 1956 : algies lombaires (?).

### ANAMNÈSE

15 juillet 1956 : un épisode *diarrhéique* commence, qui dure huit jours ; 3 selles liquides par jour ; Dum... prend des comprimés de *sulfaguanidine*.

En même temps, survient un *écoulement urétral purulent*.

Le sujet a aussi à ce moment une *conjonctivite*, mais cela étant fréquent chez lui, il n'y attache pas d'importance.

Les derniers rapports sexuels remontent à huit mois ; il n'y a pas eu de baignade.

1<sup>er</sup> août : une *arthrite* des chevilles survient, prédominante à gauche ; puis des genoux, surtout gauche.

Le malade aurait eu des *adénopathies inguinales*, une douleur modérée au niveau de l'épaule et de l'index droits.

6 août : à son arrivée à l'hôpital de Constantine, on note :

— température : 38° ;

— les chevilles très douloureuses, chaudes et rosées ;

— un choc rotulien à droite.

### TRAITEMENT

*Phénylbutazone*, 600 mg par jour, du 8 au 29 août.

*Cortisone* à 200, puis 100 mg par jour, du 31 août au 18 septembre.

### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les numérations et formules sanguines indiquent 12.000 G.B. avec une formule leucocytaire normale.

La fibrinémie est à 5,35 g par litre.

La vitesse de sédimentation descend régulièrement pour être normale le 10 septembre.

20 septembre : Arrivée au Val-de-Grâce. On relève :

— des douleurs aux mouvements extrêmes de la cheville gauche ;

— une amyotrophie de — 3 cm au niveau de la cuisse gauche.

### TRAITEMENT

*Spiramycine*, 3 g par jour pendant dix jours, et *physiothérapie*.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation, numération et formule sanguines, fibrinémie sont normales.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Test de déviation du complément : *ornithose-psittacose* 0.

17 octobre 1956 :

Le malade rentre chez lui avec une atrophie quadricipitale résiduelle gauche.

Ce malade a présenté un élément particulier : une adénopathie inguinale, apparue en même temps que les manifestations articulaires.

## OBSERVATION N° 9

*Ech...* Dominique, vingt-deux ans.

## ANTÉCÉDENTS

Rien de notable à signaler.

## ANAMNÈSE

8 août 1956 : alors qu'il est hospitalisé pour une entorse de la cheville gauche survenue la veille, apparaît une *conjonctivite purulente* qui dure quatre jours environ.

9 août : surviennent des *arthralgies* au niveau du poignet droit, du genou et de la cheville gauches, avec signes inflammatoires importants s'étendant aux régions péri-articulaires.

L'impotence fonctionnelle est complète.

Hydarthrose importante du genou gauche, qui est en position de relâchement maximum.

*Balanite érosive* avec brûlures à la miction pendant quatre jours (pas de rapport sexuel récent).

*Pas de diarrhée* dans les antécédents immédiats.

## TRAITEMENT

*Pénicilline* : 1.000.000 U par jour, du 11 août au 4 septembre.

*Cortisone* : 250 mg par jour, baissés à 100 mg, du 1<sup>er</sup> août au 4 septembre.

*Phénylbutazone* : 600 mm par jour, du 31 août au 6 septembre.

Ce traitement ne parvient pas à faire baisser la vitesse de sédimentation.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ponction du genou : liquide inflammatoire, avec 80 % de polynucléaires, et amicrobien.

Electro-cardiogramme : normal.

Fibrinémie : 8,93 g par litre.

Numérations et formules sanguines :

— le 11 août : 3.700.000 G.R. et 16.000 G.B. avec 78 % de polynucléaires neutrophiles ;

— le 17 août : leucocytose à 12.800 G.B. avec une formule normale.

20 septembre : Arrivée dans notre service. On relève :

— des douleurs aux mouvements des articulations atteintes ;

— une infiltration du genou gauche, sans hydarthrose ;

— une atrophie franche du quadriceps droit.

## TRAITEMENT

*Spiramycine* : 3 g par jour, du 21 au 30 septembre.

*Physiothérapie*.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La vitesse de sédimentation qui est à 67 mm (première heure), le 21 septembre, baisse régulièrement et devient normale dès le 1<sup>er</sup> octobre.

Numération et formule sanguines montrent une très légère anémie : 10.000 G.B. avec une lymphocytose à 40 %.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Test de déviation du complément *ornithose-psittacose* : 0.

Pas d'inclusion dans les cellules urétrales.

Fibrinémie : normale.

Le malade quitte l'hôpital avec une amyotrophie quadricipitale gauche et quelques douleurs résiduelles épisodiques.

Ce malade a présenté comme particularités : l'absence de diarrhée et une balanite érosive.

## OBSERVATION N° 10

*Feu... Bernard*, vingt-trois ans.

## ANTÉCÉDENTS

Invagination intestinale à l'âge de trois mois.

Fracture du crâne sans séquelle à onze ans.

## ANAMNÈSE

5 septembre 1957 : *Feu...* présente une *diarrhée* avec selles liquides, guérie en une semaine par la *sulfaguanidine*.

15 septembre : apparaissent une *conjonctivite* et une *urétrite* qui durent trois jours.

18 septembre : des *arthralgies* s'installent au niveau des chevilles, des métatarso-phalangiennes, des genoux, des poignets.

25 septembre : *rechute de l'urétrite*.

Feu... n'a pas eu de paresthésie.

Il s'est fréquemment baigné dans un oued avant sa maladie.

Les derniers rapports sexuels remontent à quatre ou cinq mois avant l'apparition du syndrome.

Dans sa compagnie, il y a eu de nombreux cas de diarrhée ; il est le seul à avoir eu un syndrome de FIESSINGER-LEROY.

15 septembre : à l'arrivée à l'hôpital de Sétif, on note :

— un état général médiocre ;

— température : 37°7.

Le malade est insomniaque à cause des arthralgies ; cependant, les articulations ne présentent pas de signes inflammatoires nets.

#### TRAITEMENT

*Phénylbutazone* : 800 mg par jour, du 20 septembre au 1<sup>er</sup> octobre.

*Cortisone* : 150 mg par jour, du 21 septembre au 5 octobre.

*Delta-cortisone* : 20 mg par jour, du 23 septembre au 20 octobre.

*Pénicilline* : 1.000.000 U par jour, du 4 au 13 octobre.

*Streptomycine* : 1 g par jour, du 4 au 13 octobre.

*Salicylate de sodium* : 2 g I.V. et 4 g P.O. par jour, du 12 octobre au 16 novembre.

Médication adjuvante : *D.O.C.A.* ; *chlorure de potassium*, *cacodylate de sodium*.

#### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation : après une remontée sous corticothérapie, elle passe (première heure) de 110 mm le 7 octobre, à 2 mm le 8 décembre.

Formule et numération sanguines montrent, le 20 septembre : 12.000 G.B. avec 84 % de neutrophiles.

17 décembre : Arrivée dans notre service.

On ne note que des douleurs capricieuses au niveau des deux genoux.

#### TRAITEMENT

*Nivaquine* : 0,30 g par jour pendant dix jours.

#### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation, électrophorèse sérique : normales.

Fibrinémie : 2,10 g par litre.

Numération globulaire : normale.

Formule leucocytaire : lymphocytose à 37 %.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

12 janvier 1957 :

Feu... quitte notre service, apparemment guéri.

## OBSERVATION N° 11

Nous n'avons aucun renseignement direct sur l'épisode aigu initial du syndrome, le malade n'étant pas rapatrié sanitaire, mais hospitalisé à l'issue de sa convalescence.

*Kau... Jean*, vingt et un ans.

### ANTÉCÉDENTS

Rien de notable.

### ANAMNÈSE

Fin juin 1956, apparaît un *épisode diarrhéique*. *Kau...* va jusqu'à 20 fois à la selle par jour ; émissions liquides, épreintes et ténésme, ceci pendant dix jours.

Il est traité avec des comprimés de *sulfaguanidine*.

Une semaine après le début de la diarrhée survient un *écoulement urétral* et une *conjonctivite* bilatérale persistant deux ou trois jours.

Ces deux signes disparus, surviennent des *arthralgies* :

- du côté droit, au niveau de l'épaule, du poignet, de la main, de la hanche ;
- à gauche, du coude.

La colonne vertébrale devient douloureuse sur toute sa longueur.

*Kau...*, hospitalisé à Alger, est traité par :

- *cortisone*, *oxytétracycline* ;
- et *delta-cortisone* qui apporte un plus grand soulagement.

Lorsque le malade part en permission vers le 18 septembre, il y a persistance des douleurs au niveau des articulations ; ces atteintes, surtout matinales, diminuent après la « mise en route » et réapparaissent à la fatigue.

Trois jours après l'arrivée en France, recrudescence des douleurs au niveau de la hanche, de la main et du coude droits.

Début octobre, survient un *épisode diarrhéique* durant trois ou quatre jours, avec 6 selles liquides par jour.

Il n'y a pas eu de baignade avant l'affection ; les derniers rapports sexuels remontent à cinq mois avant le syndrome.

9 octobre : rien à signaler cliniquement.

Une radiographie pratiquée à cause de la douleur montre une exostose au niveau de l'articulation métacarpienne phalangienne du troisième doigt, qui serait apparue depuis le début du syndrome.

Une sinusite intercurrente prolonge l'hospitalisation.

Tous les examens complémentaires sont normaux, sauf une leucocytose à 16.200, avec formule leucocytaire normale.

Le malade reçoit pendant dix jours un traitement *spiramycine* et *delta-cortisone* associés.

Il rentre chez lui le 23 octobre ; tous les signes ont régressé.

OBSERVATION N° 12

Lam... Denis, vingt et un ans.

ANTÉCÉDENTS

Rien de notable.

ANAMNÈSE

Vers le 4 juin 1956, *épisode diarrhéique* interrompu par la *sulfaguanidine*.

10 juin : apparaît une *conjonctivite* bilatérale qui dure huit jours et une *urétrite* avec brûlures à la miction.

18 juin : surviennent des *douleurs articulaires*.

20 juin : à l'entrée à l'hôpital d'Oran, on observe :

— température : 39°5 ;

— la *conjonctivite* est atténuée ;

— une *tuméfaction* de la cheville droite ;

— une *hydarthrose* du genou gauche.

TRAITEMENT

*Cortisone* : 200 puis 100 mg par jour, du 22 juin au 25 juillet ; relance à l'A.C.T.H.

*Pénicilline* : 1.000.000 U par jour pendant la même période.

*Aspirine* du 3 au 7 août.

*Ascide ascorbique* et *vitamine B*.

La température rejoint rapidement la normale.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Fibrinémie à 10 g par litre.

Coproculture à *Shigella* : négative.

Pas de parasites dans les selles.

Hyperglobulinémie  $\alpha_2$ .

La vitesse de sédimentation descend régulièrement de 90 à 14 mm (première heure).

10 août : Arrivée au Val-de-Grâce :

— malade en bon état général ;

— conservant une *hydarthrose* au niveau du genou gauche ;

— pas de douleurs ;

— numération globulaire normale ;

— la formule leucocytaire indique une lymphocytose à 36 % ;

— vitesse de sédimentation normale ;

— fibrinémie à 3,84 g par litre.

Le malade part en convalescence le 22 août. Il est revenu en consultation le 28 septembre, n'a plus d'*hydarthrose* du genou gauche dont il souffre encore un peu. On prescrit de la physiothérapie.

## OBSERVATION N° 13

Pic... Georges, vingt-quatre ans.

### ANTÉCÉDENTS

Rien de notable.

### ANAMNÈSE

2 juillet 1956 : épisode *diarrhéique*, 5 selles liquides par jour, qui dure cinq à six jours.

10 juillet : une *conjonctivite* bilatérale apparaît, se poursuivant pendant huit jours ; traitée par de la *pommade à la cortisone*, puis à l'*argent colloïdal*.

18 juillet : de violentes *arthralgies*, entraînant l'impotence, s'installent rapidement au niveau de la nuque, des épaules, de la coxo-fémorale droite, et — du côté gauche — au niveau de la cheville, du genou, de la métacarpo-trapézienne.

Les articulations sont rouges, chaudes, augmentées de volume.

Fin juillet : au début d'un traitement à la *cortisone*, apparition d'une *urétrite* qui dure trois jours.

### TRAITEMENT

A Guelma, Pic... reçoit :

— *Cortisone* : 300 mg baissés progressivement à 100 mg par jour, pendant trente-quatre jours.

— *Salicylate de sodium* I.V. : 2 g par jour, durant quinze jours.

Conjonctivite et douleurs articulaires persistent malgré cette thérapeutique.

A Constantine, on donne :

— *Acide acétyl-salicylique* : 6 g par jour, P.O. pendant seize jours.

— *Cortisone* (300 mg diminués à 100 mg par jour) pendant douze jours.

— *Pénicilline* pendant douze jours.

### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Formule et numération sanguines, radioscopie thoracique sont normales.

La vitesse de sédimentation baisse de 52 à 11 mm à la première heure.

20 septembre : Arrivée dans notre service.

Il n'existe plus que des signes subjectifs : douleurs modérées au niveau de la nuque, des épaules, des genoux, du bord externe du pied gauche.

Le malade dit ne pas s'être baigné avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Les derniers rapports sexuels ont eu lieu quelques jours avant l'apparition de la diarrhée. L'urétrite, postérieure à la diarrhée, conjonctivite et arthralgies, n'est survenue qu'un mois après.

### TRAITEMENT

*Spiramycine* (3 g par jour) pendant dix jours.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation, numération et formule sanguines sont normales.

Fibrinémie : 2,88 g par litre.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Test de déviation du complément *ornithose-psittacose* : 0.

Pas d'inclusion dans les cellules urétrales.

5 octobre :

A sa sortie de l'hôpital, Pic... ne présente plus que quelques douleurs erratiques.

## OBSERVATION N° 14

C'est le seul malade que nous ayons reçu à la phase aiguë de sa maladie.

Pro... *Gabriel*, vingt-deux ans.

## ANTÉCÉDENTS

Aurait eu dans son enfance une adénopathie cervicale tuberculeuse.

Un frère a eu une arthrite bacillaire fistulisée de la tibio-tarsienne gauche.

Un autre a présenté des abcès (?) fistulisés de même origine.

## ANAMNÈSE

Au début d'août 1956, Pro... présente une forte *crise diarrhéique* qui dure huit jours et qui est traitée par la *sulfaguanidine*.

12 août : une *urétrite* survient (pas de rapport sexuel depuis longtemps).

13 août : apparaît une *conjonctivite bilatérale*.

14 août : au matin, s'installent des *arthralgies* au niveau des cheville et genou droits.

18 août : le genou gauche est atteint.

19 août : la cheville gauche l'est à son tour.

Ces articulations sont le siège de signes inflammatoires importants, et l'impotence fonctionnelle est complète.

## TRAITEMENT

*Pénicilline* (1.000.000 U par jour) du 18 août au 8 septembre.

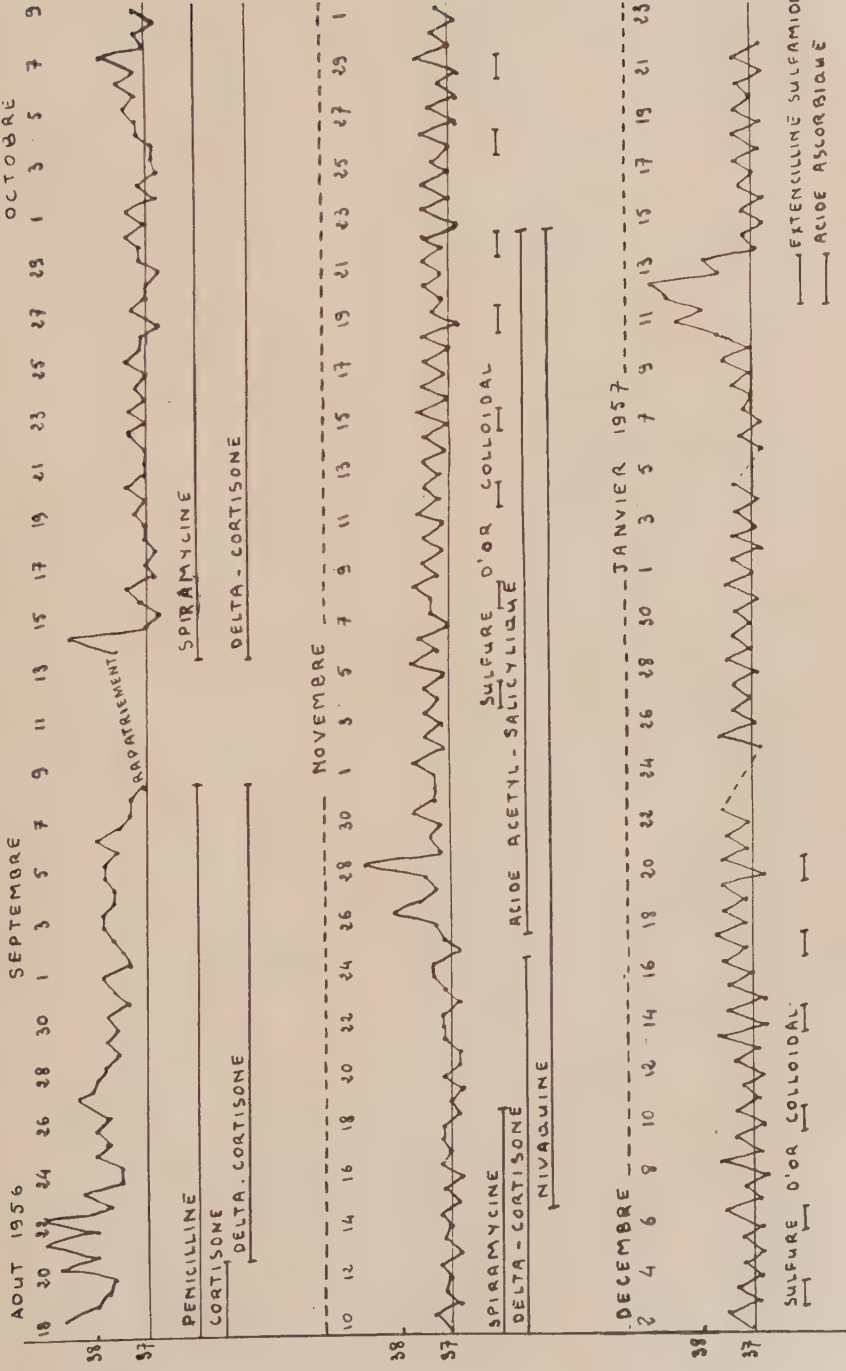
*Cortisone* (300 mg par jour) pendant trois jours.

*Delta-cortisone* (50 mg par jour) du 21 août au 8 septembre, qui obtient quelques résultats.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Numération et formule sanguines montrent : une leucocytose à 16.800 G.B. avec 85 % de polynucléaires neutrophiles.

# PRO... Gabriel, n° 14



Electrophorèse sérique : hyperglobulinémie  $\alpha_2$ .

Radiographie des sacro-iliaques : normale.

Electrocardiogramme : signes d'hypokaliémie, sans doute en rapport avec le traitement hormonal.

Sérologie syphilitique : B.W. + — ; Kline + ; Kahn +.

14 septembre : Arrivée dans notre service :

- état général mauvais, facies infecté, température 37°6 ;
- conjonctivite bilatérale suintante ;
- balanite érosive, urétrite purulente ;
- les deux genoux sont globuleux, chauds, en position de relâchement maximum ;
- choc rotulien bilatéral ;
- les deux chevilles sont aussi le siège d'importantes réactions inflammatoires ;
- l'amyotrophie des membres inférieurs est globale ;
- ballonnement abdominal ;
- pas d'augmentation de volume du foie, de la rate ;
- petit foyer de râles fins à l'auscultation du champ pulmonaire droit, qui disparaît en quatre jours.

## TRAITEMENT

Le malade est rapidement amélioré.

Traitement local de la balanite, de la conjonctivite qui cèdent en quinze jours.

*Spiramycine* : 3 g par jour, du 14 septembre au 18 octobre.

*Delta-cortisone* : 50 mg par jour, baissés progressivement à 20 mg (mais on doit remonter à 50, les douleurs étant redevenues très vives) du 14 septembre ou 24 octobre. On arrête le traitement à l'apparition de signes d'hypercorticisme.

*Acide acétyl-salicylique* : 3 g par jour, du 26 octobre au 22 novembre.

*Nivaquine* : 0,30 g par jour du 15 octobre au 22 novembre.

Ces deux médicaments n'arrêtent pas la douleur qui est réapparue depuis l'arrêt de delta-cortisone ; aussi on commence : *sulfure d'or colloïdal* administré selon le mode classique ; la série s'étend du 4 novembre au 20 décembre. Durant ce traitement, la vitesse de sédimentation fait un clocher, mais baisse ensuite régulièrement vers la normale.

Une éosinophilie légère apparaît.

Médication adjuvante :

— *Physiothérapie* : infra-rouge, ondes courtes, rayons X à dose anti-inflammatoire ; massages.

— *Acide ascorbique, protoxalate de fer, extrait hépatique, calcithérapie, vitamine D, androgènes, vitamine B, strychnine.*

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

*Numération et formule sanguine* : le 15 septembre, 10.000 G.B. avec polynucléose. Les examens suivants montrent un nombre normal de G.B. avec un pour-

centage de lymphocytes aux environs de 40 %, une légère poussée éosinophilique lors du traitement aurique.

La *vitesse de sédimentation* (première heure) : partie de 110 mm le 14 septembre, baisse sous l'influence de la delta-cortisone, puis remonte à l'arrêt de cette thérapeutique ; la chrysothérapie lui fait faire un clocher, puis elle baisse régulière vers la normale.

Liquide céphalo-rachidien, électrocardiogramme : normaux.

Hyperglobulinémie portant sur toutes les fractions  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ .

Sérologie syphilitique dissociée : M.K.R. — ; Kline — ; B.W. + ; Kahn ++.

Le test de Nelson est négatif.

Coproculture, examens de selles : négatifs.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Pas d'inclusion dans les cellules urétrales.

*Radiographies* articulaires :

— le 19 septembre : genoux et tibio-tarsienne : normales ;

— le 25 novembre : au niveau du pied droit, profondes modifications des articulations tibio-tarsiennes, sous-astragaliennne et médio-tarsienne avec condensation des surfaces articulaires et flou des interlignes. Décalcification importante de l'ensemble du squelette du pied.

*Biopsie musculaire* : pas de lésion à noter.

Pro..., une semaine avant son départ, présente une rhinopharyngite rapidement terminée.

Le 15 janvier :

Lorsqu'il quitte le service, il n'a plus que quelques douleurs passagères.

L'amyotrophie des membres inférieurs est encore importante.

## OBSERVATION N° 15

*Roh...* Yves, vingt-deux ans.

### ANTÉCÉDENTS

Fièvre aphteuse à l'âge de deux ou trois ans.

### ANAMNÈSE

Début juillet 1956, épisode diarrhéique pendant trois jours.

19 juillet : survient une arthralgie au niveau de la hanche et du genou gauches.

Les jours suivants : hydarthrose du genou gauche, arthralgie du genou droit, puis de la cheville droite.

25 juillet : il est hospitalisé ; on note :

— température : 39° ;

- abattement, courbatures ;
- une *rate palpable* ;
- les deux genoux sont douloureux et chauds.

26 juillet : apparaissent une *conjonctivite* et une *urétrite* qui durent trois jours.

## TRAITEMENT

*Phénylbutazone*, antibiotiques (?) et *delta-cortisone*.

Il est amélioré, mais la vitesse de sédimentation demeure à 57 mm (première heure) et les arthralgies récidivent.

Cet état s'améliore ensuite.

10 novembre : Arrivée au Val-de-Grâce.

Le sujet a une douleur légère au niveau des genoux et de la hanche gauche ; une atrophie (— 1,5 cm) de la cuisse gauche.

D'après le malade, les cas de diarrhée étaient nombreux dans son unité, et des ictères se sont manifestés.

Il n'y a pas eu de baignade.

Les derniers rapports sexuels remontent à sept mois avant la maladie.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation : normale.

Coproculture et examen des selles : négatifs.

Séro-diagnostics : *Shiga* 1/200° ; *Flexner* 1/100°.

Electrophorèse sérique : normale.

Numération et formule sanguines : G.R. 4.760.000 ; G.B. 7.200 ; poly. neutro. 60 % ; éosino. 7 % ; lympho. 32 % ; mono. 1 %.

29 novembre :

Le malade quitte l'hôpital.

Il est à remarquer que ce malade a présenté au cours de l'évolution de sa maladie une discrète splénomégalie.

## OBSERVATION N° 16

*Tis...* Marcel, vingt-deux ans.

## ANTÉCÉDENTS

Rien de notable.

## ANAMNÈSE

Depuis son arrivée en Algérie, a toujours été plus ou moins diarrhéique. Ne s'est pas baigné avant le début de sa maladie. Pas de rapport sexuel récent.

Vers le 15 août, présente une *urétrite* et une *conjonctivite* qui durent quelques jours ; la *conjonctivite* récidivera plusieurs fois.

Des algies sacro-lombaires s'installent, puis le poignet droit devient chaud, augmente de volume ; une douleur apparaît au-dessus de la rotule gauche.

3 septembre : à son hospitalisation, on note : des poignets douloureux.

10 septembre : arthralgie au niveau des deux genoux.

## TRAITEMENT

*Pénicilline* (1.000.000 U par jour) pendant neuf jours.

*Delta-cortisone* (40 mg par jour) pendant quatre jours.

*Sulfafurazol* (doses ?).

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation, électrocardiogramme, électrophorèse sérique, radiographie des sacro-iliaques : normaux.

La numération globulaire est normale.

La formule leucocytaire montre une lymphocytose à 35 %.

21 septembre : Arrivée dans notre service.

Tis... signale des douleurs passagères au niveau des poignets.

Ses conjonctives sont un peu injectées.

Il n'y a pas d'amyotrophie.

## TRAITEMENT

*Spiramycine* (3 g par jour) pendant dix jours.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La vitesse de sédimentation, à 40 mm à la première heure le 22 septembre, devient rapidement normale.

Fibrinémie : 1,62 g par litre.

Electrophorèse sérique : normale.

Séro-diagnostics : *Shiga* 0 ; *Flexner* 0.

Test de déviation du complément *ornithose-psittacose* : 0.

Pas d'inclusion dans les cellules urétrales.

17 octobre : Tis... part en convalescence.

15 décembre : Il revient dans le service pour douleurs au niveau du poignet droit. Pendant sa convalescence, il aurait eu une poussée inflammatoire à ce niveau, avec reprise de la *conjonctivite*.

Température : 37°6.

Les conjonctives sont injectées.

Le poignet droit est un peu augmenté de volume, rosé, sensible, signes qui augmentent à la fatigue.

La vitesse de sédimentation est normale.

On donne de l'*aspirine* et, le repos aidant, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION N° 17

Malade hospitalisé dans notre service à l'issue d'une convalescence. Nous n'avons donc pas de renseignement de laboratoire sur la phase aiguë de son syndrome oculo-urétro-synovial.

Zoa... Jean, vingt-trois ans.

ANTÉCÉDENTS

Rien à signaler.

ANAMNÈSE

Au début de septembre 1956, il présente un *épisode diarrhéique* : dix selles glairo-sanglantes par jours pendant quelques jours ; il est traité par la *sulfaguanidine*.

15 septembre : asthénie avec apparition d'*arthralgies* et d'une *urétrite* qui dure trois jours.

Il y a une atteinte :

— des deux chevilles ;

— des deux genoux.

Les articulations sont rouges, chaudes, augmentées de volume.

Il passe quinze jours à l'infirmerie, puis est envoyé à l'hôpital Maillot à Alger où il est traité par l'A.C.T.H. pendant vingt jours.

La vitesse de sédimentation, qui était à la première heure de 84 mm à l'entrée, tombe à 4 mm le 20 octobre.

Zoa... n'aurait pas eu d'atrophie musculaire, *pas de conjonctivite*.

Il s'est assez souvent baigné dans un oued avant le début de sa maladie.

Les derniers rapports sexuels remontent à un mois avant l'apparition du syndrome.

Il y a eu de nombreux cas de diarrhée à son unité, des ictères, et trois syndromes oculo-urétro-synoviaux.

À l'examen, on ne trouve rien cliniquement.

Le malade ne ressent qu'une gêne tibio-tarsienne droite, à l'effort.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Vitesse de sédimentation et électrophorèse sérique : normales.

Examen des selles et coproculture : négatifs.

Fibrinémie : 2,96 g par litre.

Séro-diagnostic : *Shiga* 0 ; *Flexner* 1/50°.

Ce malade quitte le service le 4 décembre, apparemment guéri.

### CHAPITRE III

## COMMENTAIRES

---

Nous allons maintenant dégager les caractères particuliers que le syndrome oculo-urétro-synovial a présentés dans ces 17 observations.

Du point de vue clinique, nous avons été frappé par l'amyotrophie importante survenue au niveau des muscles commandant les articulations atteintes de la majorité de nos malades. Elle nous a paru ne pas pouvoir s'expliquer simplement par l'immobilisation ; cela nous a fait penser à la possibilité d'une atteinte nerveuse ; mais nous n'avons découvert aucun déficit de la réflexivité, aucune anomalie au niveau du système nerveux. Les quelques ponctions lombaires que nous avons effectuées ont retiré un liquide céphalo-rachidien normal.

Les rhumatologues (COSTE et ses collaborateurs) ont expliqué l'amyotrophie rencontrée dans la polyarthrite chronique évolutive non seulement par l'impotence, mais aussi par l'existence possible de troubles de la vascularisation, de l'innervation. Nous avons pratiqué une biopsie musculaire chez deux malades, les plus atteints. Au moment où nous l'avons effectuée, trois mois après le début de l'affection, cet examen n'a pas montré de lésion spéciale.

Les arthrites ont surtout siégé au niveau des grosses articulations des membres inférieurs : genoux, tibio-tarsiennes, hanches, ces dernières moins fréquemment. Doit-on en tirer argument pour le rôle prédisposant de la fatigue, chez ces hommes soumis souvent à de longues marches ? Les radiographies des articles atteints ont été fréquemment muettes ; parfois, elles ont montré des lésions d'ostéoporose localisée ou diffuse. Chez un malade (*obs. n° 14*), nous avons vu se produire en deux mois de profondes modifications au niveau d'un pied : flou des interlignes, avec condensation des surfaces articulaires.

Nous avons vu que les trois parties du syndrome sont apparues sans ordre précis ; chez certains, l'un des éléments a été absent : trois fois la conjonctivite (*obs. n<sup>os</sup> 3, 4, 17*), une fois l'urétrite (*obs. n<sup>o</sup> 5*).

L'atteinte oculaire a été bénigne, généralement, et limitée à la conjonctive.

Quant à l'atteinte de l'état général, elle a été variable selon les individus : les uns ont eu une évolution apyrétique ou un simple fébricule ; d'autres ont présenté des signes infectieux intenses et un amaigrissement important.

Les numérations globulaires, les formules leucocytaires qui ont été pratiquées ont montré pour la majorité des sujets, après une leucocytose avec polynucléose, une évolution vers un nombre normal de globules blancs, avec une lymphocytose aux environs de 35-40 %. Une seule fois, il a été noté une éosinophilie, mais le malade était sous chrysothérapie.

Quelques particularités cliniques ont été relevées dans nos observations.

Pro... (*obs. n<sup>o</sup> 14*) a présenté des signes de pneumopathie atypique primitive. On a noté chez Roh... (*obs. n<sup>o</sup> 15*) une légère splénomégalie. Dum... (*obs. n<sup>o</sup> 8*) dit avoir eu des adénopathies inguinales lors de l'apparition de ses arthralgies. Nous signalons trois balanites érosives. (*obs. n<sup>os</sup> 2, 9, 14*), et Dec... (*obs. n<sup>o</sup> 6*) a eu de façon passagère des signes d'atteinte rénale : albuminurie, leucocyturie et hématurie.

Aucun n'a présenté de lésion kératosique ou parakératosique de l'épiderme.

Les signes cardiaques rencontrés chez Bil... (*obs. n<sup>o</sup> 1*) ne nous semblent pas en rapport net avec la maladie. L'électro-cardiogramme de Pro... (*obs. n<sup>o</sup> 14*) a montré de façon passagère des signes d'hypokaliémie qu'il convient de rapporter au traitement corticoïde.

Nous avons vu enfin, dans deux observations, combien les réactions inflammatoires sont parfois rebelles à la thérapeutique : signes cliniques et humoraux n'ont cédé qu'aux sels d'or. Cette évolution prolongée semble indiquer que la transformation directe des arthrites de la maladie dite de FIESSINGER-LEROY-REITER en polyarthrite chronique évolutive est possible. Seul l'avenir de ces deux sujets pourra donner une réponse à cette question.

Comme thérapeutique, il a été administré des antibiotiques, des hormones corticoïdes, des anti-rhumatismaux.

Les antibiotiques : pénicilline le plus souvent, oxytétracycline deux ou trois fois, streptomycine, spiramycine dans notre service, ne nous ont pas semblé avoir une action nettement favorable sur l'évolution

de l'affection. Il est à remarquer cependant que c'est surtout la pénicilline qui a été employée en Afrique du Nord, et l'on peut se demander si l'atteinte n'aurait pas été moindre si l'on avait administré plus systématiquement les antibiotiques ayant une action sur certains virus, comme tétracycline, spiramycine.

Dans l'hormonothérapie, la delta-cortisone, en longues séries de trente - quarante-cinq jours, à la dose de 50 mg baissée ensuite à la dose minimum effective, a semblé avoir de meilleurs résultats que la cortisone, malgré les doses suffisantes auxquelles elle a été donnée. L'A.C.T.H. a été administrée seule pendant vingt jours dans un cas qui a évolué favorablement (*obs. n° 17*).

Pour les anti-rhumatismaux, le salicylate de sodium a donné, semble-t-il, d'excellents résultats chez Bil... (*obs. n° 1*). La phénylbutazone a été souvent employée et paraît avoir satisfait certains ; lorsque nous l'avons utilisée dans notre service, ses effets nous ont semblé douteux.

Nous avons administré en assez longues séries la nivaquine, mais il nous est difficile de dissocier son action de celle du contexte thérapeutique. Elle n'a pas eu d'influence en tout cas sur la vitesse de sédimentation des malades.

Ce sont les sels d'or qui ont été le meilleur traitement dans les deux cas où l'hormonothérapie rendue impossible par l'apparition de signes d'hypercorticisme, nous ne sommes pas parvenu à faire céder les signes cliniques et humoraux avec les médicaments cités plus haut. La chrysothérapie a franchement amélioré ces malades.

La physiothérapie a été une médication adjuvante agissant surtout sur l'élément douleur et peut-être aussi comme moyen psychothérapique.

Nous retenons donc surtout l'action de la delta-cortisone et celle des sels d'or.

L'étiologie du syndrome oculo-urétro-synovial est un problème non résolu et, jusqu'à présent, seules des hypothèses ont été avancées.

Plusieurs portes d'entrées, de nombreux agents pathogènes ont été signalés.

Souvent la manifestation première est une diarrhée, un épisode dysentérique. D'après les uns, ce symptôme serait provoqué par les bacilles dysentériques, variétés Shiga ou Flexner (FIESSINGER, LE BOURDELLES, LEROY). Pour d'autres, *Entamoeba dysenteriae* aurait un rôle.

Tous les germes à tropisme intestinal ont été incriminés : salmonelles, colibacilles, entérocoques, proteus, etc. Selon quelques auteurs,

ces microbes n'agiraient pas directement par eux-mêmes, mais en provoquant la sortie de certains germes ou virus.

Le rôle des virus E.C.H.O. (entériques, cytopathogènes, humains, orphelins) que l'on découvre seuls ou associés à certains germes (shigelles ou salmonelles par exemple) dans les selles de sujets atteints ou non de diarrhée, est encore à déterminer (WERNER).

Enfin, la rectocôlite hémorragique, la polypose intestinale, les rétrécissements rectaux ont été mis en cause.

HARKNESS insiste sur la porte d'entrée vénérienne. MARCHE a décrit des urétrites gonococciques à l'origine de quelques maladies dites de FIESSINGER-LEROY-REITER. Mais DUREL écrit lui-même : « ... le lien entre la gonococcie et les complications extra-génitales (de la blennorrhagie) est souvent discutable... ». On connaît la fréquence des urétrites non gonococciques, à *Trichomonas*, à *Chlamydozoon oculo-genitale* où l'on met en évidence des inclusions dans les cellules urétrales ; à P.P.L.O. (Pleuro-Pneumonia-Like-Organism), si semblables aux formes L des bactéries que certains veulent rendre responsables du syndrome.

Au cours d'une enquête, HARKNESS a trouvé qu'une femme porteuse de formes L avait contaminé trois partenaires : deux ont présenté une urétrite, le troisième un syndrome oculo-urétro-synovial.

D'après cet auteur, les P.P.L.O. pourraient produire des inclusions dans les cellules urétrales.

Le problème demeure entier. L'Ecole anglaise fait une séparation nette entre P.P.L.O. et formes L des bactéries ; l'Ecole française aurait tendance à considérer les P.P.L.O. comme une forme L de bactéries, devenue irréversible. Et MOLLARET, opérant une synthèse par le volume de ces agents, ferait de leur pouvoir pathogène une question de dimensions.

Enfin, des auteurs ont attiré l'attention sur la voie de pénétration conjonctivale de ces agents (conjonctivites à inclusions, conjonctivites dites des piscines).

Dans les 17 observations rapportées, la première manifestation de la maladie a été intestinale ; le seul malade (obs. n° 9) n'ayant pas présenté de diarrhée avait un certain degré de débilité mentale, l'interrogatoire a été difficile, aussi conservons-nous des doutes sur ses déclarations. Cette diarrhée semble avoir été constante dans les nombreux cas de syndrome ayant sévi parmi les soldats en Afrique du Nord. Son existence a été un élément de base dans le diagnostic des médecins pratiquant dans ces régions.

Nous avons éliminé la porte d'entrée vénérienne. Le seul sujet ayant eu des rapports sexuels récents avant l'apparition de la maladie

a présenté l'urétrite un mois après, et la survenue de cette dernière a été postérieure à l'ensemble : diarrhée, arthralgies, conjonctivite.

Quatre malades seulement se sont baignés dans un lac, un oued ou une piscine. Le cas n° 17 n'a pas eu de conjonctivite ; le cas n° 7 a présenté urétrite et conjonctivite trois jours après l'apparition des arthralgies. Pour les cas n°s 2 et 10, la pénétration par la voie conjonctivale se discute plus nettement : pour tous deux, la conjonctivite a été le premier élément du syndrome ; tous deux ont eu la diarrhée ; mais si cette diarrhée survient chez l'un (obs. n° 10) dix jours avant la conjonctivite et l'urétrite, elle apparaît chez l'autre (obs. n° 2) un mois avant la conjonctivite.

Du point de vue étiologique, nous mettons hors de cause *Entamoeba dysenteriae* : l'examen parasitologique des selles a été pratiqué systématiquement dans notre service chez tous ces malades. Pour tous, il a été négatif. De nombreuses dysenteries amibiennes ont été traitées dans ce service sans que nous ayons vu apparaître une seule fois un élément du syndrome.

L'origine bacillaire de la diarrhée est à rejeter. Il est survenu, pendant le troisième trimestre 1956, 132 cas de syndrome oculo-urétro-synovial parmi les troupes stationnées en Algérie et au Maroc, dont 123 en Algérie. Or, l'Inspection Technique du Service de Santé, dans la même statistique, ne signale durant toute l'année 1956 que TROIS cas de dysenterie bacillaire authentifiée. D'autre part, nous avons pratiqué chez nos malades 14 séro-diagnostics aux *Shigella* ; 2 seulement ont présenté un taux d'agglutination dont on puisse tenir compte.

Nous avons voulu savoir si le virus de l'urétrite à inclusions était à retenir. Nous avons effectué 8 tests de déviation du complément aux virus du groupe ornithose-psittacose : ils ont tous été négatifs. Par ailleurs, l'examen des cellules urétrales prélevées par raclage n'a pas révélé d'inclusions. Comme nous en avons fait la remarque, il est vrai que cette recherche a été effectuée passée la phase aiguë du syndrome (sauf pour l'obs. n° 14) et dans ces conditions, nous ne nous estimons pas en droit d'en tirer des conclusions.

Un malade (obs. n° 14) a présenté des signes physiques fugaces de foyer de condensation pulmonaire avec un syndrome de FANCONI-HEGGLIN : sérologie syphilitique dissociée, à deux examens successifs : Kline : — ; B.W. : + — ; Kahn : + + ; Meinicke : — avec un test de Nelson négatif. Ceci serait en faveur de l'étiologie virale possible de la maladie.

L'Inspection Technique du Service de Santé Militaire nous a communiqué les statistiques concernant les maladies ayant sévi en 1956

NOMBRE DE CAS DE CERTAINES MALADIES  
AYANT SÉVI EN AFRIQUE DU NORD  
(ALGÉRIE ET MAROC)  
PARMI LES EFFECTIFS MILITAIRES, EN 1956

STATISTIQUE COMMUNIQUÉE  
PAR L'INSPECTION TECHNIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

|                 | <i>Poliomyélite<br/>antérieure<br/>aiguë</i> | <i>Hépatite<br/>épidémique</i> | <i>Dysenterie<br/>bacillaire</i> | <i>Dysenterie<br/>amibienne</i> |
|-----------------|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Janvier .....   | 1                                            | 83                             | 0                                | 68                              |
| Février .....   | 0                                            | 15                             | 0                                | 75                              |
| Mars .....      | 3                                            | 8                              | 0                                | 58                              |
| Avril .....     | 0                                            | 6                              | 0                                | 59                              |
| Mai .....       | 1                                            | 2                              | 0                                | 51                              |
| Juin .....      | 3                                            | 5                              | 0                                | 80                              |
| Juillet .....   | 4                                            | 9                              | 0                                | 62                              |
| Août .....      | 11                                           | 40                             | 2                                | 28                              |
| Septembre ..... | 1                                            | 71                             | 1                                | 0                               |
| Octobre .....   | 21                                           | 1.283                          | 0                                | 44                              |
| Novembre .....  | 16                                           | 2.830                          | 0                                | 13                              |
| Décembre .....  | 4                                            | 1.208                          | 0                                | 21                              |

parmi les effectifs militaires en Afrique du Nord. Nous avons déjà mentionné la discordance entre les 132 syndromes oculo-uréthro-synoviaux et les 3 dysenteries bacillaires rapportées. Nous notons aussi l'absence de parallélisme avec les dysenteries amibiennes. Celles-ci, nombreuses tout au long de l'année, ont évolué selon leur génie épidémique propre, sans rapport avec celui de la maladie qui nous occupe. Et l'on peut se demander si, dans l'épidémie de syndrome oculo-uréthro-synovial rapportée par FIESSINGER et LEROY en 1916, l'évolution simultanée d'une dysenterie bacillaire ne serait pas une coïncidence.

Nous avons en outre remarqué le fait suivant : les maladies dites de FIESSINGER-LEROY-REITER du troisième trimestre 1956 sont apparues en même temps que se renforçait le nombre de poliomyélites antérieures aiguës, d'hépatites épidémiques. Ce sont des affections virales à porte d'entrée digestive... Un long travail de recherche en séro-épidémiologie est à faire, tâche de typage, d'isolement de germes, de confrontation, qui permettra peut-être de rattacher à ce syndrome, en quête de son étiologie, un de ces virus « en quête de maladie... ».

Les données et les avis sont très divers. De nombreux travaux sont nécessaires pour savoir qui est à l'origine de cette affection : virus spécifique, P.P.L.O., ou forme L des bactéries.

Quoi qu'il en soit, si nous faisons le tour des hypothèses qui ont été proposées, le processus de développement du syndrome à sa phase aiguë serait dû :

- soit à la fixation élective de l'agent au niveau de l'urètre, des conjonctives, des synoviales ;
- soit à une toxine libérée par la lyse de cet agent (MARCHE, GOUNELLE), ou élaborée à partir de la lésion initiale (LE BOURDELLES). Cette toxine agirait au niveau des trois tissus mis en cause, liés par « une sorte de sympathie réactionnelle » (RAVAULT, VIGNON).

L'allergie individuelle à ces différents antigènes influencerait l'allure du syndrome. La pathogénie de l'affection pose les mêmes problèmes que les collagénoses et, là encore, la voie est largement ouverte aux chercheurs.

---



## CONCLUSIONS

---

Dans ce travail, effectué à l'occasion de 17 observations de malades, jeunes soldats rapatriés sanitaires d'Afrique du Nord, présentant des séquelles de syndrome oculo-urétro-synovial, nous notons :

### 1° DU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE :

— Que la manifestation première du syndrome a été un épisode diarrhéique ayant évolué dans un contexte épidémiologique de maladies virales à porte d'entrée digestive : poliomyélite antérieure aiguë, hépatite infectieuse.

— Que l'origine dysenterie bacillaire est à rejeter : parmi les troupes stationnées en Afrique du Nord pendant toute l'année 1956, il n'y a eu que 3 cas authentifiés de cette dysenterie, à côté de 132 cas de syndrome oculo-urétro-synovial. Sur les 14 séro-diagnos-tics à Shiga et à Flexner pratiqués, 2 seulement ont présenté un taux d'agglutination dont on puisse tenir compte.

Par ailleurs, les amibes pathogènes sont à mettre hors de cause.

Nous n'avons pas trouvé, en outre, un seul test de déviation du complément aux virus ornithose, psittacose positif, fait qui aurait pu être en faveur d'une atteinte par *Chlamydozoon oculo-genitale*.

Les prélèvements urétraux que nous avons effectués n'ont pas montré de cellules à inclusions, ce qui n'infirme rien, car ils ont été pratiqués tardivement.

Un malade a présenté des signes nets d'atteinte virale : les manifestations d'un foyer pulmonaire fugace, avec un syndrome de FANCONI-HEGGLIN.

Mais les recherches devront être poursuivies pour confirmer ou infirmer l'étiologie virale du syndrome, ou le rôle possible des P.P.L.O.

2° DU POINT DE VUE CLINIQUE :

— L'importance de l'amyotrophie rencontrée chez nos malades semble dépasser celle qui peut résulter d'une simple immobilisation. Cette constatation nous a suggéré le rôle possible d'une atteinte nerveuse.

— Deux sujets ont présenté une évolution prolongée de leur arthrite, qui n'a cédé qu'à la chrysothérapie. Ce fait nous paraît en faveur du passage direct possible du syndrome oculo-urétro-synovial à la polyarthrite chronique évolutive.

3° DU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE :

— Les antibiotiques, quels qu'ils soient, ont été décevants ; ils n'ont pas influencé l'évolution du syndrome de façon significative et, en définitive, c'est le traitement anti-inflammatoire qui a donné les meilleurs résultats.

---

Vu, le Doyen :  
BINET

Vu, le Président de Thèse :  
COSTE

Vu et Permis d'imprimer,  
le Recteur de l'Académie de Paris :  
SARRAILH

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BAUER, ENGLEMAN. — Syndrom of unknown oetiology characterized by urethritis, conjunctivis and arthritis (called Reiter's disease). (*Am. Physicians*, 1952, 57, 307.)
- BOIVIN (A.), MESROBEAUX (L.). — Sur la nature et les propriétés biologiques des toxines produites par le bacille de Shiga et Flexner. (*C.R. Acad. Sc.*, 1937, 204-302.)
- BOREL (L.J.). — P.P. et bactéries en phase L. Etude de problèmes bactériologiques et cliniques. (*Biol. Méd.*, juin-juillet 1952, 41, n° 4, 379-449.)  
— P.P. et bactéries en phase L. (*Thèse*, Paris, 1951.)
- COSTE (F.). — Le rhumatisme. (Expansion Scientifique Française édit.)
- COSTE (F.), BOUREL (M.), SIBOULET (A.). — Rôle de certains ultra-germes dans les affections rhumatismales. Spondylarthrite et chlamydozoacées. (*Rev. Rhumat.*, octobre 1952, 19, n° 10, 765 ; — *Sem. Hôp. Paris*, 10 novembre 1953, 29, 3545-3554.)
- DAGUET (G.). — Aspects actuels de la triade uréthro-conjonctivo-articulaire. (*Ann. Derm. Syph.*, mars-avril 1952, 79, n° 2, 149-160.)
- DIEMES (L.). — Transformation des bacilles en formes L dans des conditions variées. (*J. of Bact.*, juin 1950, 59, 755-764.)
- DUREL (P.), OFFRET (G.), SIBOULET (A.), PLESSIER (P.). — Conjonctivites et lésions uro-génitales à ultra-germes. (*Soc. Ophth.*, 21 octobre 1950 ; — *C.R. in Presse Méd.*, 1950, 25400, 58, n° 75, 1328.)
- DUREL (P.), ROIRON RATNER (V.), BOREL (L.J.). — Rôle des organismes L dans les rhumatismes vénériens. (*Presse Méd.*, 6 juin 1951, 59, n° 38, 789-791.)
- DUREL (L.P.), BOREL (L.J.). — Rôle des virus et des formes L dans la blennorragie. (*Bull. Soc. Fr. Derm.*, mars-avril 1951, 58, n° 2, 144-161.)
- DUREL (P.). — Complications extra-génitales de la blennorragie. (*Enc. Méd. Chir.* 1954, 8016 A 10, 1.)
- FIESSENGER-LEROY. — Contribution à l'étude d'une épidémie de dysenterie dans la Somme. (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1916, 40, 2030.)
- FEIRING. — Reiter's disease with prolonged auriculo-ventricular conduction. (*Ann. Int. Med.*, 1946, 25, 498.)
- FOREST (A.). — Le syndrome de Reiter. (*Rev. Rhumat.*, 1954, 6, 463-475.)

- GOUGEROT, COSTE (F.), DUREL. — Les formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique. (*Rev. Rhumat.*, 1938, 5, 753.)
- GOINELLE, MARCHE. — La maladie rhumatismale post-dysentérique. (*Rev. Rhumat.*, 1941, 8, 355-415.)
- HALL, FINEGOLD. — A study of 23 cases of Reiter's syndrome. (*Ann. Int. Méd.*, 1953, 38, 3.)
- HANDUROY (P.). — Mécanisme de formation de formes filtrables et invisibles. (*Ann. I.P.*, 1954, 86, 395.)
- HANNOUN (C.), VIGOUROUX (J.), LEVADITI (J.), NAZIMOFF (G.). — Etude des formes L des bactéries apparues spontanément *in vivo*. (*Ann. I.P.*, 1956, 91, 912-927; 1957, 92, 114-122, 231-238.)
- HARKNESS (A.H.). — Maladie de Reiter. (*Brit. J. Vener. Dis.*, 1949, 25, 185-200.)  
— Urétrite non gonococcique. (Edimbourg, Lewingstone édit., 1950.)
- JORN, POIRA. — Cystite et hématurie, signes prédominants de certains états de la maladie de Reiter. (*Acta Med. Scand.*, 1953, vol. 144, F. IV.)
- MARCHE (J.). — Le syndrome de Reiter, une forme particulière de la maladie rhumatismale. (*Gaz. Méd. France*, janvier 1950, 57, n° 1, 11-15.)  
— Considérations sur une forme particulière de maladie rhumatismale : le syndrome de Fiessenger-Leroy-Reiter. (*Bull. Méd.*, 1947, 19-61.)  
— Contribution à l'étude de la maladie rhumatismale post-dysentérique et de certain type de maladie rhumatismale : le syndrome arthro-oculo-urétro-parotidien. (*Rev. Rhumat.*, 1946, 91-13.)
- PARONEN. — Reiter's disease. A study of 344 cases observed in Finland. (*Acta Med. Scand.*, 1948, 1, 131.)
- RAVAULT (P.), VIGNON (G.). — Rhumatologie clinique. (Paris, Masson édit., 1956.)
- SIBOULET (A.). — Infections uro-génitales à ultra-germes. (*Presse Méd.*, 9 mai 1951, 59, n° 31, 630-633.)  
— Urétrites à virus et à organismes L. (*J. Urol.*, 1952, n° 1-2, 16-26; n° 6, 408-409.)  
— Contribution à l'étiologie du syndrome de Fiessenger-Leroy, à propos d'un cas dit de Reiter avec ectodermose pluri-orificielle. (*Bull. Soc. Franç. Derm.*, janvier-février 1952, n° 1, 19-21.)
- THIERS (H.). — Les rhumatismes d'origine intestinale, le syndrome de Fiessenger-Leroy, le syndrome de Reiter. (*Sem. Hôp. Paris*, 1950, 73, 3819-3828.)
- TOURAINE (A.), RUEL (A.). — La pseudo-gonococcie entéritique. (*Ann. Derm. Vénér.*, février 1946, 6, 61-75.)
- WERNER (G.H.). — Virus en quête de maladies. (*Presse Méd.*, 10 novembre 1956, 64, n° 81, 1859.)

# TABLE DES MATIÈRES

---

|                      |    |
|----------------------|----|
| INTRODUCTION .. .. . | 11 |
|----------------------|----|

## PREMIERE PARTIE

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Chapitre I. — RAPPELS HISTORIQUE ET CLINIQUE .. .. .            | 13 |
| Chapitre II. — CARACTÈRES D'APPARITION ET D'ÉVOLUTIVITÉ .. .. . | 17 |
| Chapitre III. — THÉRAPEUTIQUE .. .. .                           | 19 |

## DEUXIEME PARTIE

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Chapitre I. — GÉNÉRALITÉS .. .. .    | 23 |
| Chapitre II. — OBSERVATIONS .. .. .  | 25 |
| N° 1 ..... 25                        |    |
| N° 2 ..... 26                        |    |
| N° 3 ..... 28                        |    |
| N° 4 ..... 31                        |    |
| N° 5 ..... 33                        |    |
| N° 6 ..... 34                        |    |
| N° 7 ..... 35                        |    |
| N° 8 ..... 37                        |    |
| N° 9 ..... 38                        |    |
| N° 10 ..... 39                       |    |
| N° 11 ..... 41                       |    |
| N° 12 ..... 42                       |    |
| N° 13 ..... 43                       |    |
| N° 14 ..... 44                       |    |
| N° 15 ..... 47                       |    |
| N° 16 ..... 48                       |    |
| N° 17 ..... 50                       |    |
| Chapitre III. — COMMENTAIRES .. .. . | 51 |
| CONCLUSIONS .. .. .                  | 59 |
| BIBLIOGRAPHIE .. .. .                | 61 |





